



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE INGENIERÍA EMPRESARIAL**

**Aplicación del ciclo PHVA para mejorar la calidad del servicio en  
la Plataforma de Atención al Usuario, Hospital Nacional Arzobispo  
Loayza Lima 2020**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**  
**Ingeniero Empresarial**

**AUTOR:**

Flores De La Cruz, Jeffrey Gustavo (ORCID: 0000-0002-4945-7090)

**ASESOR:**

Mgtr. Trujillo Valdiviezo, Guido (ORCID: 0000-0002-3019-6599)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Operaciones y Procesos de Producción

**LIMA - PERÚ  
2020**

## **PÁGINA DEL JURADO**

---

PRESIDENTE DEL JURADO

---

SECRETARIO DEL JURADO

---

VOCAL DEL JURADO

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación se lo dedico a mi familia y especialmente a mi mamita Angélica portadora de este gran sueño, mi realización como persona y profesional.

A mis padres, mi esposa y mis dos hijos quienes han estado a mi lado apoyándome en este tiempo de trabajo, en los momentos difíciles que vivimos en esta pandemia, decirles gracias por confiar y brindarme un minuto de su tiempo, este trabajo es con mucho cariño y un gran agradecimiento a todos

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por su amor y su bondad y permitirme siempre ver a mi familia y velar por ellos siempre.

Este trabajo de tesis ha sido una lección tan grande para mí como investigador, ya que me permitió conocer más a fondo lo que otras personas pasan y así poder ayudarles y ponerme en su situación.

Gracias a Dios, por estar presente en todos mis días y en esta etapa de mi vida ofreciéndome salud, familia y amor.

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo, Jeffrey Gustavo Flores De La Cruz, con DNI N° 7445440, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ingeniería, Escuela Profesional de Ingeniería Empresarial, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaña es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también, bajo juramento, que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido, asumo las responsabilidades que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima, 14 de diciembre del 2020

---

Jeffrey Gustavo Flores De La Cruz

AUTOR

## PRESENTACIÓN

Sres. Miembros del Jurado:

En cumplimiento de las normas establecidas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada:

Aplicación del ciclo PHVA para mejorar la calidad del servicio en la Plataforma de Atención al Usuario, Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima 2020

La misma que someto a vuestra consideración y espero cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Título Profesional de Ingeniero Empresarial.

Jeffrey Gustavo Flores De La Cruz

## ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO .....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	v
PRESENTACIÓN .....	vi
ÍNDICE .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	ix
ÍNDICE DE IMÁGENES .....	xiiiiv
RESUMEN .....	xv
ABSTRACT .....	i
I.INTRODUCCIÓN.....	17
1.1Realidad Problemática .....	18
II. MARCO TEÓRICO .....	23
2.1.1 Antecedentes Internacionales .....	24
Antecedentes Nacionales.....	26
2.2 Base Teórica .....	28
III.METODOLOGÍA.....	31
3.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	32
3.1.1 Tipo de Investigación: Aplicada .....	32
3.1.2 Nivel de Investigación: Explicativo.....	32
3.1.3 Diseño de Investigación: Experimental.....	32
3.2 Variables y Operacionalización .....	33
3.2.1 Variable Independiente:PHVA.....	33
3.2.2 Variable Dependiente: Calidad del servicio.....	33
3.2.3 Matriz de Operacionalización de Variables.....	35
3.3 Población y Muestra.....	36
3.3.1 Población .....	36
3.3.2 Muestra .....	36
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	37
3.4.1 Técnicas de recolección de datos .....	37
3.4.2 Instrumentos de la recolección de datos .....	37
3.4.3 Validez .....	37
3.4.4 Confiabilidad .....	38

3.5	Procedimientos .....	38
3.6	Metodos de analisis de datos .....	39
3.7	Aspectos Éticos .....	39
3.8	Desarrollo de la propuesta .....	40
3.8.1	Descripción de la empresa .....	40
3.8.2	Objeto de estudio .....	45
3.9	Pre – Test.....	46
3.9.1	Propuesta de mejora .....	58
3.9.1.1	Etapas PLANIFICAR.....	60
IV.	RESULTADOS .....	103
V.	DISCUSIÓN.....	
VI.	CONCLUSIONES.....	
VII.	RECOMENDACIONES.....	
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	
	ANEXOS .....	



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nª 1: Actividades realizadas.....	47
Tabla Nª2: Promedios de actividades previo a la aplicación del Ciclo de Deming.....	47
Tabla Nª 3: Índice de cumplimiento de actividades (PRETEST).....	48
Tabla Nª 4: Checklist Pretest.....	49
Tabla Nª 5: Índice de Procedimientos establecidos en Gestión .....	50
TABLA Nª6: Índice de Registro de seguimiento de órdenes de trabajo (Pretest) .....	51
Tabla Nª7: Índice de atención de servicio por analista (Pretest).....	52
Tabla Nª 8: Índice de Tasa de Reclamos.....	53
Tabla Nª9: Registro órdenes de reclamos atendidos dentro del servicio.....	55
Tabla Nª10: Cronograma de Actividades.....	59
Tabla Nª 11: Causas del problema del área Plataforma de Atención al Usuario...62	
Tabla Nª 12: Análisis de Metas y objetivos.....	64
Tabla 13: Registro de reclamos .....	75
Tabla nª 14: Seguimiento .....	77
Tabla nª 15: Registro de cumplimiento de actividades (POSTEST).....	82
Tabla Nª16: Promedios de actividades post a la aplicación del Ciclo de Deming..83	
Tabla nª 17: Índice de cumplimiento de actividades (POSTEST).....	83

Tabla n° 18: Registro de cumplimiento de actividades Pretest y Postest .....	84
Tabla n° 19: Tabla n° 19: Checklist (POSTEST).....	86
Tabla N° 20: Índice de Procedimientos establecidos en Gestión.....	87
Tabla n° 21: Procedimientos realizados por los analistas Pretest y Postest .....	87
Tabla n° 22: Registro de seguimiento de órdenes de trabajo (POSTEST).....	88
Tabla n° 23: Registro de seguimiento de órdenes de trabajo de Pretest y Postest..	89
Tabla n°24: Registro de atención de servicio por analista (POSTEST).....	90
Tabla n° 25: Registro de atención de servicio por analista Pretest y Postest .....	91
Tabla n° 26: Resultado registro de reclamos Postest.....	93
Tabla n° 27: Resultado comparativo de reclamos Pretest y Postest.....	94
Tabla n° 28: Órdenes de reclamos atendidos dentro del servicio.....	96
Tabla n° 29: Resultado comparativo de reclamos atendidos dentro del servicio Pretest y Postest.....	98
Tabla N° 30: Calidad de servicio POSTEST.....	100
Tabla N° 31. Prueba de normalidad de la calidad de servicio con Kolmogorov Smirnov.....	106
Tabla N° 32: Prueba Descriptiva para la Calidad de servicio antes y después .....	107
Tabla N° 33: Prueba de hipótesis de Calidad de servicio .....	108
Tabla N° 34: Prueba de normalidad de la Capacidad de respuesta antes y después con Kolmogorov-Smirnov.....	109
Tabla: N° 35 Prueba descriptiva para la Capacidad de Respuesta antes y después.....	110
Tabla 36: Prueba de Hipótesis .....	111

Tabla N° 37: Prueba de normalidad de la Empatía antes y después con Kolmogorov-Smirnov.....	112
Tabla N° 38: Prueba descriptiva para la Empatía antes y después.....	113
Tabla N° 39: Prueba de Hipótesis .....	113

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Organigrama del HNAL .....	41
Figura N° 2: Plano de ubicación y una fotografía del local de la organización...	42
Figura N° 3: Ficha técnica del procedimiento.....	43
Figura N° 4: Ficha de procedimiento del reclamo .....	44
Figura N° 5: Flujograma de atención de reclamos.....	45
Figura N° 6: Flujograma de respuesta al reclamo.....	46
Figura N° 7: Ficha de asistencia .....	71
Figura 8: Procedimiento de gestión pendiente al usuario.....	72
Figura n°9: Registro de órdenes de trabajo .....	78
Figura n° 10: Resultado de registro de cumplimiento de actividades Pretest y Postest.....	85
Figura n° 11: Resultado Procedimientos Realizados por los Analistas Pretest y Postest .....	87
Figura n°12: Resultado registro de seguimiento de órdenes de trabajo Pretest y Postest .....	89
Figura n° 13: Resultado registro de atención de servicio por analista Pretest y Postest.....	92
Figura N° 14: Tasa de reclamos pretest y postest.....	96
Figura n°15: Resultado comparativo de reclamos Pretest y Postest.....	100

Figura N° 16: Calidad del servicio antes y después.....	104
Figura N° 17: Capacidad de Respuesta Antes y Después.....	104
Figura N° 18: Empatía Antes y Después .....	105

## ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen N° 1: Diagrama de Pareto.....	62
Imagen N° 2: Diagrama de Ishikawa.....	63
Imagen N° 3: Registro de actividades.....	67
Imagen N° 4: Ficha de Checklist.....	68
Imagen N° 5: Ficha de seguimiento .....	68
Imagen N° 6: Ficha de atención de servicio por analista .....	69
Imagen N° 7: Ficha de registro de reclamos.....	69
Imagen N° 8: Ficha de Registro órdenes de reclamos atendidos dentro del Servicio.....	70

## RESUMEN

Este trabajo de investigación de título “Aplicación del ciclo PHVA para mejorar la calidad del servicio en la Plataforma de Atención al Usuario, Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima 2020”, el objetivo es, Determinar cómo la aplicación del PHVA mejora la calidad del servicio de la Plataforma de Atención al Usuario del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2020. Este estudio es de tipo aplicada, de nivel explicativo y con diseño cuasi experimental. La población de estudio fue el total de pacientes que realizaron sus reclamos durante 03 meses. Como instrumento se utilizó checklist, los cuales fueron validados. Para determinar la aplicación del PHVA en la mejora del calidad del servicio se realizó la prueba estadística que valora la normalidad aplicando la prueba de Kolmogorov Smirnov, así mismo para realizar el resultado de dos muestras relacionadas se aplicó la prueba estadística no paramétrica Wilcoxon, en donde los resultados para determinar la mejora continua de la calidad de servicio se contó con dos dimensiones empatía y capacidad de respuesta obteniendo un promedio del 72% y 68%, respectivamente, el cual nos da como promedio un 70%, ello debido a la implementación y aplicación de la mejora continua, obteniendo así un resultado favorable en el área de Plataforma de Atención al Usuario.

**Palabras Clave:** PHVA, Calidad del Servicio, PAUS

## ABSTRACT

This research work entitled "Application of the PHVA cycle to improve the quality of service in the User Care Platform, Archbishop Loayza Lima National Hospital 2020" , the goal is, Determine how the implementation of the PHVA improves the quality of service of the User Care Platform of the National Hospital Archbishop Loayza 2020. This study is of applied type, of explanatory level and with quasi-experimental design. The study population was the total of patients who made their claims during 03 months. As an instrument we used checklist, which were validated. To determine the application of the PHVA in the improvement of the quality of the service, the statistical test that evaluates the normality was carried out applying the test of Kolmogorov Smirnov, as well as the Wilcoxon non-parametric statistical test was also applied to perform the result of two related samples, where the results to determine the continuous improvement of the quality of service were had two dimensions empathy and responsiveness obtaining an average of 72% and 68%, respectively, which gives us an average of 70%, This is due to the implementation and application of continuous improvement, thus obtaining a favorable result in the area of User Service Platform.

**Keywords:** PHVA, Quality of Service, PA



## **I. INTRODUCCIÓN**

## 1.1 Realidad Problemática

En el entorno universal, la OMS se pronunció respecto a la salud como “el grado máximo de bienestar” el cual exige una perspectiva social, que propicie la salubridad y vitalidad de los usuarios, teniendo entre ellos los recursos de servicios de salud y el goce máximo al derecho del mismo, esto incluye la llegada adecuada a los servicios de salud con calidad. En los países subdesarrollados existen comunidades indígenas, estas personas están especialmente indefensas a enfermedades inmunoprevenibles, en donde se encuentra mujeres jóvenes, (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2015).

Según la “OMS las políticas y programas de salud pueden promocionar los derechos humanos de la salud”, en función de cómo se apliquen, tal como adoptar medidas dirigidas a considerar y garantizar los derechos humanos y afianzar el compromiso de la salud de todo individuo, asimismo el aumento de enfermedades no transmisibles, afectan a países de altos ingresos.

La OMS según estos acontecimientos incorporará “los derechos humanos en los programas y políticas en la atención de la salud, para lo cual considerará los determinantes de la salud como estilos de vida como parte de un enfoque global de la salud y los derechos humanos”. (OMS; Organización Mundial de la Salud, 2017).

En el Perú, se han registrado agentes incorporados con la satisfacción del paciente en relación a la calidad del servicio, como por ejemplo edad, nivel estrato socioeconómico, tiempo de espera, empatía y si se trata de un ingreso o ya se atendió en fechas pasadas. Otro agente es el regocijo del usuario de forma bidireccional entre el equipo de salud. “La relevancia de estos elementos apuntan a que la calidad del servicio de salud, puede ser medido más allá de un adecuado diagnóstico o una prescripción acertada, porque se reúnen características del paciente, del médico, del personal de apoyo y del establecimiento. (Carrillo, 2012, párr.2). Asimismo, la calidad del servicio hoy en día es un requisito indispensable que está orientado a brindar seguridad y satisfacción a los usuarios, por ello el usuario percibe la calidad del servicio cuando cumple todas sus expectativas y ello va influir en su satisfacción.

Asimismo, en el Perú existe inquietud por la calidad de servicio entregado al usuario, asimismo se cuenta con un sistema de salud que argumenta con calidad y respeto a las perspectivas de los usuarios, ya que el Ministerio de Salud dispone de una escala multidimensional SERVQUAL, que a través de su extensión busca medir la calidad de servicio que se ofrece al usuario externo. (INAP, 1998).

Ante ello la falta de camas, baja vigilancia médica, demoras en la planificación de las citas y la escasez de medicinas son problemas que atraviesan a diario los pacientes que acuden a los hospitales tanto del Ministerio de Salud (Minsa) y EsSalud a nivel nacional, aunado a ello la huelgas de los médicos, enfermeras y demás trabajadores que conforman el equipo la salud, son muchos los lamentos por la falta de atención. En un trayecto que efectuó el diario La República por el hospital Edgardo Rebagliati se pudo constatar esta situación. En el servicio de la Defensoría del Asegurado del mencionado nosocomio se pudo hallar a un usuario, quien refirió que ningún personal de salud le ofrecía información sobre los trámites a realizar debido a que se encuentra aguardando desde hace dos años por una operación en el tabique por un accidente en el 2012. (La República, 2014). Es por ello, que, ante la falta de camas, reprogramación de citas, stock de medicamentos básicos, en un hospital, se originan altas tasas de quejas por parte de los usuarios llegando esto a constituir insatisfacción de la calidad del servicio percibida.

Durante el 2014, más de 124 mil usuarios mostraron reclamos por demora en las citas médicas, reparto de medicamentos, asistencia del servicio y otros. El Ministerio de salud en sus reportes identificó 127 quejas por supuestas malas praxis en los centros hospitalarios de Lima. En el último trimestre del 2016 se han generado 127 quejas por supuestamente negligencias médicas en los hospitales del Ministerio de Salud (Minsa) de Lima. Estas quejas fueron escritas por los consumidores afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), Essalud y Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Tres de cada 10 casos presentados obtuvieron aceptación, es decir, el usuario alcanzó justicia en su primera solicitud. En posturas complicadas, en que se vincula la muerte, se concretaron revisiones a cargo de médicos y abogados. En cuanto a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), se recibieron reportes enviados a Susalud entre julio del 2014 y julio del 2016, aproximadamente 6 mil 877 quejas a nivel nacional. De los cuales 03 de cada 10 resultaron aprobadas. Estas quejas en su totalidad se debieron a la mala calidad del servicio prestado, las cifras indican que no

son escasos los reclamos y/o quejas, pero existen usuarios que eligen no demandar. (Berríos, 2015, p.14).

Ante tal coyuntura problemática en el sector salud , el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, es una institución sanitaria que presta cuidado y asistencia a usuarios que presenten alguna alteración en su salud, su incógnita está orientada a la importancia del servicio en cuanto a su solicitud insegura , la calidad del servicio no es llevado a cabo a todos los usuarios que ingresan a dicha institución , por tanto, se genera entre muchas situaciones la falta de datos a los nuevos clientes, , carencia de citas médicas , largas colas, el retraso en trasladar las historias clínicas, entre otros. Por ello debido a los atípicos reclamos originados por los usuarios se crea la Resolución de Secretaría General N° 016, del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, en donde se forma el PAUS (Plataforma de Atención al usuario), cuya meta es establecer y enlazar el interés de informarse, a través de una Plataforma de atención al Usuario dentro de un Centro Hospitalario. En esta área se brinda asesoría con una comunicación directa y fluida a los usuarios explicando las demandas y dando primacía al problema encontrado y así ofrecer respuestas al cliente y con ello realice sus diligencias dentro del ámbito hospitalario sin demora alguna.

Una baja calidad del servicio tiene serias repercusiones a nivel económico, ya que por cada cita el hospital cobra 8 soles por consulta, por lo tanto la demora de historia clínica perjudica a ello ya sea por dos pacientes que reclaman por la no disponibilidad de su historia clínica, el hospital cuenta con 36 especialidades de los cuales 2 usuarios al día presentan estas quejas, el hospital al día pierde 576.00 nuevos soles, a la semana 3456.00 nuevos soles y al mes 1,3824.00 nuevos soles debido a que hospital demora con la entrega de historias clínicas a los consultorios, por lo tanto el nosocomio ya no tendrá afluencia de pacientes, asimismo empeorará la salud de las personas debido al tiempo de espera y atención.

Para determinar la causa principal del problema se realizará un diagrama de Pareto donde se procederá a primar los litigios más destacados para el problema de calidad de servicios en el área del PAUS.

La investigación formula como pregunta de investigación:

¿De qué manera la Aplicación del Ciclo PHVA mejora la calidad del servicio en el área de la Plataforma de Atención al Usuario del Hospital Arzobispo Loayza?

El estudio formula las siguientes preguntas específicas:

¿De qué manera la Aplicación del ciclo PHVA mejora la capacidad de respuesta en la calidad de servicio de la Plataforma de Atención al Usuario?

¿De qué manera la Aplicación del ciclo PHVA mejora la empatía en la calidad de servicio de la Plataforma de Atención al usuario?

La investigación formula como objetivo de investigación:

Determinar cómo la aplicación del PHVA mejora la calidad del servicio de la Plataforma de Atención al Usuario del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2020

La investigación formula como objetivos específicos:

Determinar cómo la aplicación del PHVA mejora la capacidad de respuesta en la calidad de servicio de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2020

Determinar cómo la aplicación del PHVA mejora la empatía en la calidad del servicio de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2020.

La investigación formula como justificación lo siguiente:

La investigación se fundamenta a la asociación del uso de la calidad en las sociedades y en estos tiempos se emplea también en la salud pública, debido a que ha trastocado el horizonte de los servicios de salud. La ilustración y la praxis que definen la calidad en las prestaciones de salud conceden a los gestores y al personal capacitado, considerable conveniencia para acrecentar sus procesos., ello mediante la ejecución y articulación del procedimiento, con ello se desea que la organización tenga la capacidad de asegurar la idoneidad de los servicios con respecto a las expectativas del usuario, además de buscar la perfección constante de las causas, para acrecentar el agrado del usuario.

Este plan de estudio consiste en conocer por qué en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza se halla con un descenso en su categoría en cuanto al servicio prestado, debido a los diferentes queja que ingresan en la plataforma del PAUS, por esto se aplicará el ciclo PHVA, renombrado como el proyecto de mejoramiento, que fue elaborado por Deming, en el año 1950, este instrumento consta de 4 pasos: Planear, Hacer, Verificar y Actuar, el cual su aplicación será beneficioso para aliviar las determinar los procesos que se deben reorientar para lograr el perfeccionamiento continuo.

Mediante el actual proyecto de investigación se planteará tácticas de incremento para solucionar los contratiempos actuales verificados en la plataforma del PAUS. Este proyecto tiene como propósito el perfeccionamiento de los procesos en los diferentes servicios que brinda al usuario, debido a que el centro Hospitalario es considerado en el nivel III, es decir es un Hospital de gran cobertura y de diferentes especialidades, debido a ello cuenta con gran demanda de usuarios.

Así mismo este instrumento de mejoramiento PHVA apoyará en la mejoría de las causas que existen en el Centro Hospitalario, para ello se procurará producir una deseable condición y lograr que el usuario este concorde con el servicio prestado por el hospital.

Por ello la actual labor será de mucho ganancia y provecho en virtud a que los clientes lograrán distinguir la variedad en la calidad del servicio recibida por el PAUS y ello coadyuvará al descenso de quejas y al mantenimiento de la población captada que acude al HNAL.

La investigación formula como hipótesis:

Ha:La aplicación del ciclo PHVA mejora la calidad del servicio de la Plataforma de Atención al Usuario.

La investigación formula como hipótesis específicas:

La aplicación del PHVA mejora la capacidad de respuesta de la Plataforma de Atención al Usuario

La aplicación del PHVA mejora la empatía al usuario de la Plataforma de Atención al Usuario

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1.1 Antecedentes Internacionales**

Alarcón (2017) efectuó un trabajo de investigación titulado Modelo de mejora continua basado en procesos y su impacto en la calidad de los servicios que perciben los clientes de la empresa de servicios ServiFreno de la ciudad de Quito - Ecuador tuvo como objetivo determinar el grado de impacto del Modelo de Mejora Continua basado en Procesos de Calidad de los Servicios que perciben los clientes de la empresa de servicio ServiFreno de la ciudad de Quito – Ecuador, con diseño de investigación experimental de tipo explicativa, utilizó Modelos de mejora continua. Los resultados encontrados fueron que existe diferencia de medias entre el post y el pre test. Este resultado afirma que el modelo de la mejora continua apoya en un sentido positivo en sus dimensiones propuestas.

Choéz (2018) realizó un trabajo denominado “La calidad de servicio para mejorar la atención al cliente en centros de salud públicos del cantón La Libertad, provincia de Santa Elena, año 2018. La investigación tuvo como objetivo analizar la calidad de servicio para mejorar la atención al cliente en centros de salud públicos del cantón La Libertad, debido a las novedades constantes presentadas por los usuarios sobre la atención brindada. La investigación se desarrolló con metodología exploratoria – descriptiva, para lo cual se usaron como instrumentos de recopilación de información, la observación, entrevista y encuestas, herramientas que con diferentes interrogantes estuvieron direccionadas a la naturaleza de la prestación , atención al cliente, extensión dela solución y otros temas relacionados con el tema de investigación permitiendo de este modo obtener el análisis de los resultados, los que indicaron que efectivamente hay un descontento en el usuario. Determinando que existen varias situaciones que generan que la atención al cliente no sea adecuada, tales como: espacio físico, tiempo de atención, comunicación escaza y el número de colaboradores. Consecutivamente se expuso una propuesta que coadyuve a mejorar los procesos en el servicio de los establecimientos de salud generando de manera positiva la eliminación de acciones que no generan ningún valor en la atención, de tal forma que se atiendan las necesidades y preferencias de los usuarios consiguiendo una alta eficiencia en el servicio por tanto generando una atención de calidad al usuario.



Vasconez (2018) realizó una investigación denominada “Modelo de Gestión de Calidad para la Empresa "Jardinsa" plasmando como objetivo el desarrollar un modelo de gestión de calidad en la ciudad de Ambato. Dicho plan se basa en la elaboración de mecanismos seguros apoyados en el ciclo PHVA para alcanzar un considerable control sobre los procesos que realiza la organización, lo que permitirá suscitar una formación de calidad y mejoramiento en los procesos para la expansión de la empresa citada. Esta investigación está enfocada en la ruta mixta, teniendo primero una etapa de recolección de datos de manera estadística en un determinado tiempo y contexto, para luego iniciar una ruta cualitativa recopilando y analizando datos de la organización. Con los resultados obtenidos se indaga las sucesiones que realiza la entidad para tener el registro y eficacia en sus funciones, para originar el desarrollo de la empresa.

Peñañiel (2019) “Evaluación de la calidad del servicio del restaurante Humboldt para proponer un plan de mejora “La calidad del servicio se basa en lograr la aceptación e incremento de la demanda de cada organización comercial o de Servicios y con ello lograr que los clientes vuelvan hacer uso de los servicios ofertados, estando a la altura de sus expectativas. El objetivo principal fue evaluar el servicio que se presta en el restaurante Humboldt del hotel City Plaza. Entre los materiales y métodos utilizados en esta investigación contó con una utu cuantitativa, con aspectos empíricos, con trabajo de campo, entre las técnicas e instrumento se trabajó con la metodología SERVQUAL para medir las expectativas y las percepciones compuestas por 22 preguntas y divididas en cinco dimensiones. Resultados. la dimensión con mayor significancia negativa es el de nivel de tangibilidad con una brecha de (-0,23), seguido por la seguridad con una brecha de (-0.24), empatía con (-0.16) y finalmente la dimensión de fiabilidad con una brecha de (-0,05). La mayoría de las respuestas al cuestionario fueron negativas y se registró un puntaje SERVQUAL ponderado para la prestación al consumidor en el restaurante – 0.56 lo cual indica que existe un déficit significativo en el desempeño de las perspectivas del consumidor en todas las áreas y dimensiones del servicio. Conclusión. las pautas para una estrategia de mejoramiento de servicio mediante el uso de la herramienta del ciclo Deming que utilizan las empresas para optimizar la calidad.

Barzola, Illescas (2018) realizaron un trabajo titulado “Aplicación del modelo Servqual para la medición de los índices de calidad de servicio y su repercusión en la

satisfacción de los clientes en las tres principales agencias bancarias del puerto marítimo de Guayaquil, durante el mes de noviembre del 2017, Para el estudio desarrollaron como técnica una encuesta, como material principal el cual indico la brecha que existe entre a la expectativa y la utilidad ofrecido en la actualidad. Debido a la ejecución del mejoramiento se garantizó la autoevaluación organizacional, mejorando los indicadores de calidad de servicio y la perspectiva de los usuarios en el componente de empatía.

## **2.1. 2 Antecedentes Nacionales**

Verastegui (2017) realizó un trabajo de investigación titulado Diseño de la metodología del ciclo de Deming (PHVA) de mejora continua para elevar el nivel de servicio al usuario en el departamento de registro y orientación del SAT Cajamarca. El presente estudio de investigación aproxima la correlación entre la administración del servicio y el nivel de agrado del cliente por el servicio prestado, tuvo como objetivo general, diseñar un sistema de perfeccionamiento en el Departamento de Registro de orientación al contribuyente del SAT Cajamarca, el cual permitirá elevar el nivel del servicio para optimizar la satisfacción del administrado y el contribuyente. Se aplicó instrumento de observación directa a los procesos y usuarios, además se empleó guías de diligencias para verificar y valorar la indagación como el rendimiento. Conclusiones: los procesos de mejoramiento aplicados se relacionan e intervienen en el servicio brindado al beneficiario, pues si está dirigida con eficiencia se obtendrá logros en los procedimientos implementados, por ello es importante mejorar las relaciones personales, los procesos administrativos.

Córdova. (2017) realizó un trabajo titulado “Aplicación del ciclo Deming (PHVA) para incrementar el nivel de servicio en el área de Gas natural vehicular de la empresa Bureau Veritas, San Isidro, 2017. La meta del presente trabajo fue demostrar que mediante el uso del método Deming. ante ello se efectuó el crecimiento en el servicio brindado por la empresa, la autenticación de transformación de vehículos a gas natural a través de las cuatro etapas del PHVA. La metodología utilizada es cuasi experimental, los indicadores obtenidos se realizaron con la técnica de contemplación y anotación, se realizó pruebas estadísticas con los resultados obtenidos dando como resultados pruebas no paramétricas, por ello se realizó la comprobación de la hipótesis tanto general como específica, para la comparación de las dos muestras

relacionados se aplicó el estadígrafo Wilcoxon, obteniendo resultados en el cual se incrementó el grado de servicio en 9.67 y la capacidad de respuesta en 6.91% entre en el pre y post . Por lo tanto, se concluye que la aplicación del ciclo Deming elevó la altura del servicio ofertado en la organización empresarial.

Solís (2017) realizó un estudio denominado “Mejora de la calidad de servicio en una empresa de alimentos, Los Olivos 2017. la presente investigación tuvo como objetivo proponer un plan de mejora en calidad de servicio en una empresa de alimentos, Los Olivos 2017. de diseño transversal no experimental, con tipo proyectivo, la población de la investigación se aplicó en los 5 meses del año 2017, en el cual se buscó mejorar la calidad de servicio en brindar una buena atención en el restaurant, utilizando como técnica la aplicación de encuesta servqual a los clientes del restaurant, en base a ello se logró mejorar la atención utilizando las herramientas de mejora en conclusión, los resultados de la investigación fue de un 53.33% con respecto a la calidad de servicio.

Rivera (2019) realizó un trabajo de investigación denominado Calidad del servicio que brinda la empresa elevate business y estrategias para su mejora, se estableció como objetivo general determinar el nivel de la calidad del servicio que brinda la empresa elevate business y diseñar estrategias de mejora La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, el diseño es no experimental. Se tomó como muestra los 714 clientes de la empresa elevate busines, se obtuvo los siguientes resultados, se encontró el 43,2% de las respuestas en capacidad de respuesta lo califican como nivel medio y dentro de esa categoría el porcentaje más alto 16,8%, el nivel alto concentra el 34,4% de las respuestas. El 57,6% de las respuestas de empatía lo califican como nivel bajo y dentro de esta categoría el porcentaje más alto es 20,0%, el nivel medio concentra el 29,6% de las respuestas.

Murillo, Timana (2019) realizaron un trabajo de investigación titulado “Aplicación del ciclo PHVA para mejorar la calidad del servicio del área de administración de corporación Kamawi S..C., Los olivos, 2019”; el presente trabajo tuvo la meta de determinar de qué manera la aplicación del ciclo PHVA mejora la calidad del servicio del área administrativa de corporación Kamawi S.A.C. Las causas encontradas fueron los intervalos ineficaces, no supervisión al personal, procesos homogenizados, estos indicadores se relacionan con la baja calidad del servicio. Esta

investigación es de tipo aplicada, nivel explicativo, enfoque cuantitativo, diseño experimental. cuasiexperimental y alcance longitudinal. La población de estudio estuvo constituida por las ofertas aprobadas durante 5 meses de estudio. El instrumento utilizado para el recojo de datos fue la observación directa y la agenda utilizada en cada reunión. El análisis estadístico fue tanto descriptivo e inferencial, con los resultados obtenidos se concluye que el perfeccionamiento de los procesos incrementa la calidad en la empresa.

## **2.2 Base Teórica**

El ciclo PHVA, es descrito como "Ciclo Deming, ciclo de la calidad o espiral de mejora continua" (de Edwards Deming), el cual lo define como el arte de planear el perfeccionamiento de sus 4 procesos de mejoramiento continuo, este proceso es extraído de Walter A. Shewhart. Esta herramienta es utilizada por los Sistemas de Gestión de Calidad (SGC).

La aplicación del ciclo PHVA ofrece un resultado que proporciona: conservar la competencia de nuestra producción, perfeccionando la calidad, disminuyendo los valores, perfeccionando la producción rebajando los montos, Ampliando la intervención en el mercado, la subsistencia de la organización, proporcionar nuevos espacios de ocupación y acrecentar la utilidad de la organización.

Los procedimientos se van perfeccionando constantemente utilizando el Ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar) o también llamado PDCA, que fue declarado en la década de 1920 por Walter Shewhart y fue divulgado por W. Edwards Deming. Esta metódica se detalla a continuación:

Planificar: es implantar la finalidad y desarrollo de las acciones a seguir para obtener efectos de conformidad con las disposiciones del beneficiario y los regímenes de la empresa. El planificar compete la representación de las metas a alcanzar, la metodología a seguir para el logro de los beneficios, la resolución de las acciones a seguir. como los registros que facultarán vigilar constantemente el progreso de los procesos descritos en este primer procedimiento

Hacer: poner en funcionamiento las actividades a desarrollar El hacer pone en uso lo planificado. Así mismo debe evidenciar la técnica de la empresa y de sus

recursos humanos para la toma de decisiones, dirigir el progreso o desenvolvimiento de sus acciones, trabajando de forma conjunta y destinando a la medida los bienes.

Verificar: efectuar la vigilancia y valoración de las causas, confrontándolos con los objetivos y medidas dispuestos. El comprobar motiva la medida de la implementación de las acciones programadas. Por ello se aplicarán registros dispuestos que concreten el balance del rendimiento obtenido.

Actuar: dirigir estrategias para mejorar en forma continua el rendimiento de los procedimientos. El actuar se relaciona a la instalación de disposiciones de corrección, en el suceso de haber diferencias entre el hacer y el planear. Cuando se da de manera resistente se resuelve a uniformar con la intención de facilitar una orientación de cómo se debe realizar las actividades dentro de una empresa. (Ciclo PHVA. 2015 p.7).

### **Calidad de Servicio**

"El cuidado en la salud con calidad de servicio, es el que ve las exigencias en salud (prevención, promoción y recuperación) de las personas o de los habitantes, de una manera completa y asigna los recursos (humanos y otros), de modo adecuado y operativo como la situación real del saber ". (OMS, 1991 p. 5) .

La calidad es básica para toda empresa constituida, ya que es una marca que la organización o empresa pública brinda a sus consumidores, por ello es el medio para alcanzar los efectos planificados, generando agrado en el consumidor como a los integrantes de una empresa en acuerdos de rendimiento y representación frente a la contienda.

(Dominguéz Collins, 2006) La calidad es la destreza que tiene un método para intervenir de forma segura y sustentar en el plazo, un concreto grado de cumplimiento; en una empresa de que brinda asistencia.

(Ishikawa, 1998) Es todo lo que se realiza en el desarrollo de una empresa para asegurar que un cliente, fuera o dentro de la empresa logre justamente lo que desea que desea en equivalencias de particularidad interno como gastos y vigilancia que lanzarán evidentemente la justificación para el cliente.

## **Dimensiones de la Calidad de Servicio**

Capacidad de respuesta: es “la preparación que mantiene una empresa para prestar servicios y brindar una prestación notable Sean Meehan y Charlie Dawson en un artículo de Business Strategy Review de 2002, manifestaban que la disposición de resolución de problemas de la organización debe ser activo y urgente:

Lo primero es Conocer al cliente y ello implica escucharlos y comprenderlos ello nos permitirá conocer sus necesidades y expectativas y ante ello diseñar o rediseñar los procesos o servicios

Empatía (Interposición de buenos oficios) es la capacidad o habilidad para discernir entre los estados afectivos de las personas, vale decir la perspectiva sobre el estado cognitivo pero también emocional de los demás, demostrando un respuesta empática, amigable, comprensiva y brindando apoyo emocional.

### **III. METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

#### **3.1.1 Tipo de investigación: Aplicada**

Para Carrasco (2013, p.43) un estudio de tipo aplicada se diferencia en contar con objetivos funcionales contiguos correctamente declarados, por ello, se averigua para proceder, cambiar, transformar o realizar cambios en un determinado sector de existencia.

Es un estudio de naturaleza aplicada debido a que se emplea discernimiento en la praxis, para ser destinado en beneficio de la colectividad, en tales circunstancias a los clientes de afuera que asisten a la Plataforma de Atención al Usuario.

#### **3.1.2 Nivel de Investigación: Explicativo**

Según Carrasco (2006, p.43) una investigación tiene nivel explicativo porque el experto sabe y entiende los causales que existe dentro del fenómeno de estudio. Asimismo, investiga sobre la interrelación de todos los eventos de la existencia tratando en todo momento describir de forma imparcial, verdadera e irrefutable a aquello que se desconoce. Indudablemente deduce la asistencia de dos o más indicadores.

La investigación es de nivel explicativo porque se enfoca en descubrir la razón de la baja condición en el área de la Plataforma de Atención al Usuario, así como las condiciones en la que se presenta e implica propósitos para el mejoramiento y perfeccionamiento de los procesos mediante el ciclo de Deming o PHVA.

#### **3.1.3 Diseño de Investigación: Experimental**

Según León y Montero (2011, p.194) un estudio es experimental con diseño cuasi experimental ya que evidencia la relación de causa efecto, y la particularidad de su constitución no admiten implantar la inspección mínima, el efecto del procedimiento se establece por medio de la contienda entre una medición anterior y una medición después de la ejecución del parecido a un único sector de individuos.

La investigación es de diseño cuasi experimental con pre test y post test, porque se efectuará un contraste de la muestra de la calidad de servicios antes de



aplicación del ciclo PHVA y después de su aplicación, para luego verificar que resultados se obtuvo de la productividad de servicios.

Esquema del diseño:

$$G: O_1 \rightarrow X \rightarrow O_2$$

Dónde:

G: Grupo muestra que se aplica el experimento

$O_1$ : Medición de la Calidad de servicio antes de la aplicación del Ciclo PHVA

X: Aplicación del Ciclo PHVA

$O_2$ : Medición de la calidad de servicio después de la aplicación del Ciclo PHVA

### **3.2. Variables y operacionalización**

#### **Variable 1: Aplicación del PHVA**

Definición Conceptual

Un marco de SGC [Sistema de Gestión de Calidad], es el PHVA que significa el periodo activo que puede desenvolverse en cada evolución de una empresa y en el método de proceso como un todo. Está estrechamente vinculado con la organización funcionamiento, comprobación y mejoramiento, tanto en la ejecución del producto como en los procedimientos del sistema de gestión de la calidad (PÉREZ y MUNERA, 2015. p.50).

#### **Variable 2: Calidad de servicio**

Pizzo, (2013) es la rutina que ha ido evolucionando y es realizado por una empresa prestadora de servicios para exponer las privaciones e intereses de los usuarios para proponer un servicio asequible, apropiado, ligero, manejable, certero y fidedigno, aún en baja situaciones inesperadas u ante errores, de tal modo que el usuario advierta sentirse, entendido, escuchado y atendido individualmente con entusiasmo y eficiencia, quedando impresionado debido a la importancia de lo deseado. En conclusión, se proporcionan más entradas y menos gastos para la empresa.

## **Capacidad de respuesta**

Es tener la predisposición para brindar atención rápida y oportuna en los plazos previstos, para la satisfacción de los usuarios, con ello se asegura la satisfacción de la misma.

## **Empatía**

Es la habilidad que nos permite entender a los demás, entender la forma de pensar de cada persona para comprender y experimentar su punto de vista y así lograr perfeccionar el vínculo de conexión accediendo a una interacción fácil, natural y constante, logrando la seguridad y conformidad en el consumidor.

### 3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	PARÁMETROS	ESCALA DE MEDICIÓN
PHVA	El ciclo PHVA, es la sistemática más usada para implantar un sistema de mejora continua cuyo principal objetivo es la autoevaluación, destacando los puntos fuertes que hay que tratar de mantener y las áreas de mejora en las que se deberá actuar.	Señala que, el ciclo de PHVA, lo componen cuatro etapas cíclicas de forma que una vez acabada la etapa final se debe volver a la primera y repetir el ciclo de nuevo.	PLANIFICAR	ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	$ICA = \frac{OTA}{TOA} \times 100\%$ ICA: índice de cumplimientos de actividades OTA: Actividades realizadas correctamente TOT: Total de actividades	RAZÓN
			HACER	ÍNDICE DE PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN GESTIÓN	$IPE = \frac{TPR}{TPE} \times 100\%$ IPE: índice de procedimientos establecidos de gestión TPR: Total de procedimiento de gestión realizados por el analista TPE: Total de procedimientos	RAZÓN
			VERIFICAR	ÍNDICE DE SEGUIMIENTO DE ÓRDENES DE TRABAJO	$ISOT = \frac{RP - IBOS}{TOT} \times 100\%$ ISOT: Índice de seguimiento de órdenes de trabajo RP - IBOS: reclamos pendientes – Interposición de buenos oficios TOTE: Total de órdenes de trabajo de buenos oficios	RAZÓN
			ACTUAR	ÍNDICE DE ATENCIONES POR ANALISTA	$EBP = \frac{TA}{TCA} \times 100\%$ EBP: Índice de atenciones por analista TA: Total de casos atendidos por analista TCA: Total de casos asignado por analista	RAZÓN
CALIDAD DE SERVICIO	La calidad del servicio radica en realizar todas las expectativas que mantiene el consumidor en el cumplimiento de los servicios brindados para la satisfacción de sus necesidades.	La variable calidad de servicio estará constituida por dos dimensiones: capacidad de respuesta y empatía que se medirá a través de datos estadísticos proporcionados por el Hospital.	CAPACIDAD DE RESPUESTA	ÍNDICE DE RECLAMOS ATENDIDOS POR ANALISTA	$IRA = 1 - \frac{NRD}{TOT} \times 100\%$ IRA: Tasa de reclamos NRD: Número de reclamos por día TOT: Total de órdenes de trabajo	RAZÓN
			EMPATÍA	Índice de órdenes de reclamos atendidos dentro del servicio	$TOA = \frac{IS}{TI} \times 100\%$ TOA: Tasa de órdenes de reclamos atendidas IS: Orden de reclamos solucionadas dentro del servicio TI: Total de órdenes de reclamos	RAZÓN

Fuente: Elaboración propia

### **3.3. Población y muestra**

#### **3.3.1. Población**

Según Hernández et al. (2014). La “población o universo conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p.174).

Esta investigación tomó como población las órdenes de trabajo que ingresan a diario como la atención de requerimientos e incidencias solicitadas por los pacientes que adquieren el servicio, la toma de datos diario (24 horas) será durante 3 meses, incluye los fines de semana y feriados ya que el servicio del área de nivel avanzado es de 24\*7.

#### **3.3.2 Muestra**

Según Hernández et al. (2014). La “muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población” (p.173).

La muestra para realizar el presente estudio es igual a la población, es decir, los reclamos ingresados al área de PAUS, por los usuarios que acuden a presentar un reclamo, serán mediados a diario (requerimiento de 24 horas) durante tres meses.

Por lo tanto, no es aplicable la técnica del muestreo

#### **3.3.3 Selección de la unidad de análisis**

La unidad de análisis del presente trabajo son los reclamos interpuestos en el área de PAUS, el cual empieza cuando ingresan y culminan con la atención y satisfacción del cliente.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.4.1 Técnicas de Recolección de datos**

Para la recolección de datos se empleó como técnica la observación y como instrumento un Checklist, que fue realizado por el investigador para medir la variable independiente.

#### **3.4.2 Instrumentos de la recolección de datos**

- ✓ Se utilizará datos estadísticos del Hospital.
- ✓ Cronómetro
- ✓ Libro de reclamaciones

#### **3.4.3 Validez**

Bernal. C. (2010) señala que el juicio de expertos es un sistema de comprobación que verifica la fiabilidad de una investigación puesto que es un informe de personas con trayectoria en el tema, reconocidos como peritos cualificados; y que logran brindar una razón, certeza, discernimiento y evaluaciones para demostrar la calidad del estudio. (pp.247-255).

La validez de este estudio estará a cargo de los siguientes profesionales y expertos en el tema:

N°	DNI	EXPERTOS	CALIFICACION DEL INSTRUMENTO	GRADO
Experto 1:	08698813	Dr. Jorge Díaz Belmont	Aplicable, Sí cumple	Doctor
Experto 2 :	42203023	Mg: Suca Apaza Guido	Aplicable, Sí cumple	Magister
Experto 3:	07500140	Mg. Gustavo Montoya Cárdenas	Aplicable, Sí cumple	Magister

Fuente: Elaboración propia

#### **3.4.4. Confiabilidad**

En el actual trabajo de la confiabilidad serán los datos que manifiesta el libro de reclamaciones de la Plataforma de Atención al Usuario, de los reclamos suscitados por los usuarios del Hospital Loayza, así mismo al ser una metodología de mejora continua. Por ello, los fundamentos son elaborados en el área de gestión de calidad del Hospital Loayza, el estudio se labora todos los días ya que es un servicio 24 x 7 incluidos feriados.

#### **3.5. Procedimientos**

La aplicación del PHVA se realizará de la siguiente forma:

Planificar: Se analizan posibles mejoras, cuando se detecta problemas por ello se solicita una planificación estratégica para optimizar los resultados, conocer el plan estratégico del HNAL para realizar actividades de acuerdo a la situación evidenciada.

Hacer: se analizan los probables procesos a realizar y su conmovición. Se seleccionan las que darán resultados óptimos y se decide implementarlas en a través de una prueba piloto a pequeña escala.

Ejecutar un proyecto de mejoramiento para alcanzar la calidad de servicio de los pacientes mediante la escucha activa, empatía asimismo también se debería dar (charlas, sesiones educativas y capacitaciones al personal administrativo),

Verificar: Luego de realizada la prueba piloto, se confirma si los cambios realizados cumplen su desempeño y proporcionan los cambios esperados. Sin embargo, no satisfacen las expectativas, los procesos dados se deben cambiar para que se adecue a la optimización de lo perseverado. Es decir, si en la preparación alcanzan la calidad de atención esperada en los clientes por la aplicación de un instrumento de recolección de datos.

Actuar: Por consiguiente, si se llegan a resultados satisfactorios se implementará lo ejecutado, para que el proceso sea óptimo se debe buscar

constantemente el perfeccionamiento en forma periódica, en donde se debe realizar nuevos procesos para luego aplicar el ciclo de mejora continua.

Los resultados de este estudio serán absolutamente fiables y no interferirá en el aumento normal de la población con la que se realizó la labor.

### **3.6. Método de análisis de datos**

El presente estudio se ejecutará en el programa SPSS para el estudio de los resultados a través de gráficos y cuadros estadísticos

Para determinar la aplicación del PHVA en la mejora de la calidad del servicio que se da a los usuarios externos en el servicio del PAUS, se cotejaron los puntajes promedios obtenidos en el checklist , para ello se debe comparar si la variable tiene o no una distribución normal, luego del cual se aplicará una prueba estadística que valora la normalidad, es la prueba de Kolmogorov-Smirnov, (la cual determinará el valor de p si es mayor de 0,05 no se rechaza la hipótesis nula, por lo que se asume que la variable sigue una distribución normal) y para tal efecto se utilizará la prueba estadística no paramétrica de dos muestras relacionadas Wilcoxon

### **3.7. Aspectos éticos**

En el presente trabajo de investigación se tomó en cuenta los principios éticos:

- Autonomía: todos los datos recolectados deben ser tratados con derecho a la protección y confidencialidad de los mismos.
- No maleficencia: se basa en no realizarle perjuicio a otra persona. Para prevenir un daño a la intimidad por ello se le brindará un código respetando la individualidad de cada persona. Además, los resultados obtenidos serán usados para fines investigativos, sin perjudicar la dignidad de los participantes.
- Beneficencia. Implica no solo el aspecto del respeto a sus opiniones y/o reclamos. Sino promocionar el bienestar de todos, los datos son obtenidos con absoluto discernimiento ético profesional.

- Justicia: En el presente estudio participan los datos obtenidos de todos los usuarios registrados por el área de estadística, de una manera justa y sin distinción alguna.

### **3.8. Desarrollo de la propuesta**

#### **3.8.1. Descripción de la empresa**

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza actualmente con 471 años de existencia, fundado en 1549, su historia está dividida en dos etapas, en un inicio fue llamado : El Hospital Santa Ana de los Naturales y luego Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Dicha institución pública es referente a la red hospitalaria del Ministerio de Salud, acreditado como un Hospital de categoría III-1: ofrece atenciones de salud ambulatoria, quirúrgica y de hospitalización cuenta con un personal de salud altamente calificado, asimismo realizan énfasis en la recuperación y rehabilitación de los problemas de salud que aquejan a la población.

La misión: Somos un hospital especializado de referencia nacional acreditado de nivel III-1, que brinda servicios de atención de salud altamente especializada a la población incluyendo la prevención de la enfermedad y promoción de hábitos saludables; además desarrollamos actividades docentes y de investigación de manera continua.

La visión: Ser una institución referente en calidad de servicios de salud en el Perú, con tecnología de punta y con infraestructura que satisfaga las reales necesidades de la población.

Datos generales de la empresa:

Razón Social: Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Página web: [www.hospitalloayza.gob.pe](http://www.hospitalloayza.gob.pe)

Dirección: Av. Alfonso Ugarte 848 Teléfono; 614 4646





Figura N° 2: Plano de ubicación y una fotografía del local de la organización.

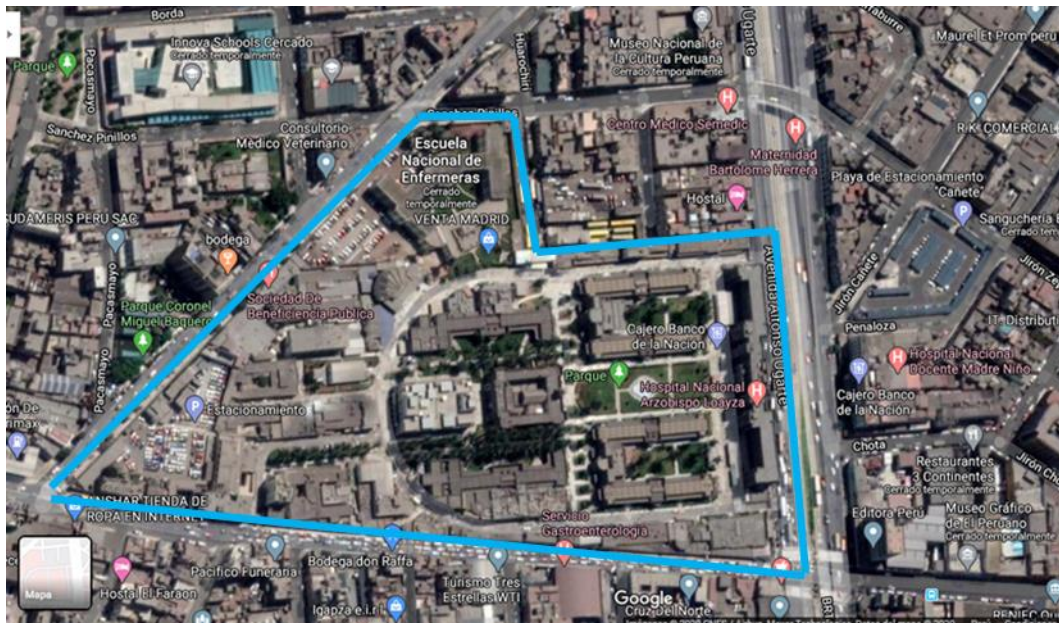


FIGURA N° 3: Ficha técnica del procedimiento

FICHA TECNICA DEL PROCESO			
1. Nombre	GESTIÓN DE LA CALIDAD	2. Código	PE.0.4
3. Objetivo	Planificar , organizar, ejecutar, supervisar y controlar para la mejora continua asistencial y administrativo a fin de fortalecer el cuidado integral de salud de la personam familia y comunidad.		
4. Responsable del Proceso	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
5. Alcance	El proceso conduce a la aplicación de estándares de calidad para la atencin y seguridad de los pacientes orientado a planificar, organizar, ejecutar, supervisar y controlar para la mejora continua asistencial y administrativa a fin de fortalecer el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad.		
6. Base legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 26842 - Ley General de Salud</li> <li>• Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Administración Pública</li> <li>• Ley N° 27658 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado</li> <li>• Ley N° 28716 - Ley de Control Interno de las Entidades del Estado</li> <li>• Ley N° 29414 - Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud.</li> <li>• Ley N° 29571 - Código Protección y Defensa del consumidor</li> <li>• Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General</li> <li>• DS N° 006-2014 PCM que modifica el Reglamento del Libro de Reclamación del Código de Protección y Defensa del Consumidor aprobado por D.S N011-2011</li> <li>• DS N° 031-2014-SA, Aprobación del Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD</li> <li>• DS N° 034-2015-SA. Aprueba el Reglamento de Supervisión de Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones</li> <li>• DS N° 001-2016-SA, que aprueba Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud TUPA</li> <li>• DS N° 030-2016-SA Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPRESS y Unidad de Gestión de Instituciones prestadoras de Servicios de Salud UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.</li> <li>• Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD Reglamento General para la atención de los Reclamos, Quejas de los Usuarios de la IAFAS, IPRESS DL N° 1158.</li> <li>• RM N° 527-2001/MINSA Guía Técnica para la Evolución dela Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li> <li>• RM N° 1216/2003/SA/DM que aprueba la Directiva N° 027-MINSA-VO1: Norma que regula el procedimiento de atención y trámite de quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la oficina de transparencia y defensoría de la salud.</li> <li>• RM N° 519-2005/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en salud"</li> <li>• RM N° 777-2005/MINSA - Aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Hospital Nacional Arzobispo Loayza</li> <li>• RM N° 474-2005/MINSA Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.</li> <li>• RM N° 640-2006/MINSA, Manual para la mejora continua de la Calidad</li> <li>• RM N° 597-2014/MINSA, Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud.</li> </ul>		

Figura N° 4: Ficha de procedimiento del reclamo

7. Clasificación		Proceso Estratégico				
8. Proveedores		9. Entradas	10. Proceso Nivel 1	11. Salidas	12. Usuarios	
Internos	Externos	(Insumos)	Descripción	(Productos)	Internos	Externos
Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital	<ul style="list-style-type: none"><li>• Persona/familia/comunidad</li><li>• MINSA</li><li>• SUSALUD</li><li>• SGP – PCM</li><li>• CGR</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plan Operativo Institucional.</li><li>• Indicadores de Atención Hospitalaria.</li><li>• Estándares y Protocolos de Calidad – MINSA.</li><li>• Normas y Guías Técnicas de Calidad en Salud.</li><li>• Guía Técnica para la Mejora de Procesos y Procedimientos.</li><li>• Política Nacional de Calidad en Salud.</li><li>• Lineamientos de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</li><li>• Plan de Mejora de continua de la Calidad – MINSA.</li><li>• Reclamo.</li></ul>	PE. 04.1- Satisfacción y Seguridad del Usuario  PE. 04.2- Mejora Continua  PE. 04.3- Evaluación y Monitoreo de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informe del cumplimiento de los estándares de mediciones de indicadores de calidad.</li><li>• Informe de Auditoría de Calidad de Atención en Salud y Auditoría de Casos.</li><li>• Guías de Prácticas Clínicas y Guías de Procedimientos Técnicos Asistenciales.</li><li>• Informe de evaluación de adherencia a las GPC.</li><li>• Informe de Implementación de mejoras.</li><li>• Informe de Autoevaluación para la acreditación.</li><li>• Informe de atención de reclamos.</li><li>• Informe de los resultados de encuestas de satisfacción del usuario.</li><li>• Informe de implementación de BP de atención.</li><li>• Informe de rondas de seguridad del paciente.</li><li>• Informes de notificación de incidente y evento adverso centinela.</li><li>• Informe de análisis de evento centinela.</li><li>• Informe de vigilancia y control de infecciones.</li></ul>	Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital	<ul style="list-style-type: none"><li>• Persona/familia/comunidad</li><li>• MINSA</li><li>• SUSALUD</li><li>• SGP – PCM</li><li>• CGR</li></ul>
13. Indicadores de desempeño:		<ul style="list-style-type: none"><li>• Medición de la satisfacción del usuario externo y tiempo de espera.</li><li>• % de Reclamos atendidos.</li><li>• Interposición de Buenos Oficios (IBOS).</li><li>• Planes de Gestión aprobados (de Calidad, de Seguridad y de Auditoría).</li><li>• Guía Práctica Clínica (GPC) y Guía de procedimiento Asistencial (GPA) aprobados.</li><li>• Ejecución de Planes Efectuados.</li><li>• Auditoría de Calidad de Atención en Salud.</li><li>• Autoevaluación Hospitalaria.</li></ul>				
14. Registro:		<ul style="list-style-type: none"><li>• Libro de rclamaciones</li><li>• Reclamos ingresados por expediente</li><li>• Base de datos excel</li><li>• Memorandums remitidos a lo servicios involucrados.</li><li>• Formularios de encuesta para evaluar la satisfaccion atendidos en los diversos servicios.</li><li>• Ejecución de Planes Efectuados.</li><li>• Notas informativas</li><li>• Informes</li></ul>				
15. Controles		<ul style="list-style-type: none"><li>• Emisión y/o Respuesta de Documento.</li><li>• Encuestas de Nivel de satisfacción de calidad.</li><li>• Reclamos (Libro de Reclamaciones, Físico, Virtual y/o Expedientes).</li><li>• Notificación de incidente, Evento Adverso y evento Centinela.</li><li>• Elaboración del Planes de Gestión (de Calidad, de Seguridad y de Auditoría).</li><li>• Ronda de Seguridad.</li><li>• Monitoreo de las Recomendaciones de la Auditoría.</li><li>• Auditorías Médicas.</li></ul>				
16. Recursos						
Recursos Humanos		<ul style="list-style-type: none"><li>• Personal Administrativo</li><li>• Personal Asistencial</li></ul>	Sistemas informáticos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistema de Trámite Documentario</li><li>• Ofimática</li><li>• SIS GALEN PLUS</li><li>• SICAP</li></ul>		
Instalaciones		<ul style="list-style-type: none"><li>• Oficinas Administrativas</li><li>• Palataforma de atencion al usuario</li></ul>	Equipos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipo de cómputo</li><li>• Equipo de radio comunicación</li><li>• Movilidad.</li></ul>		

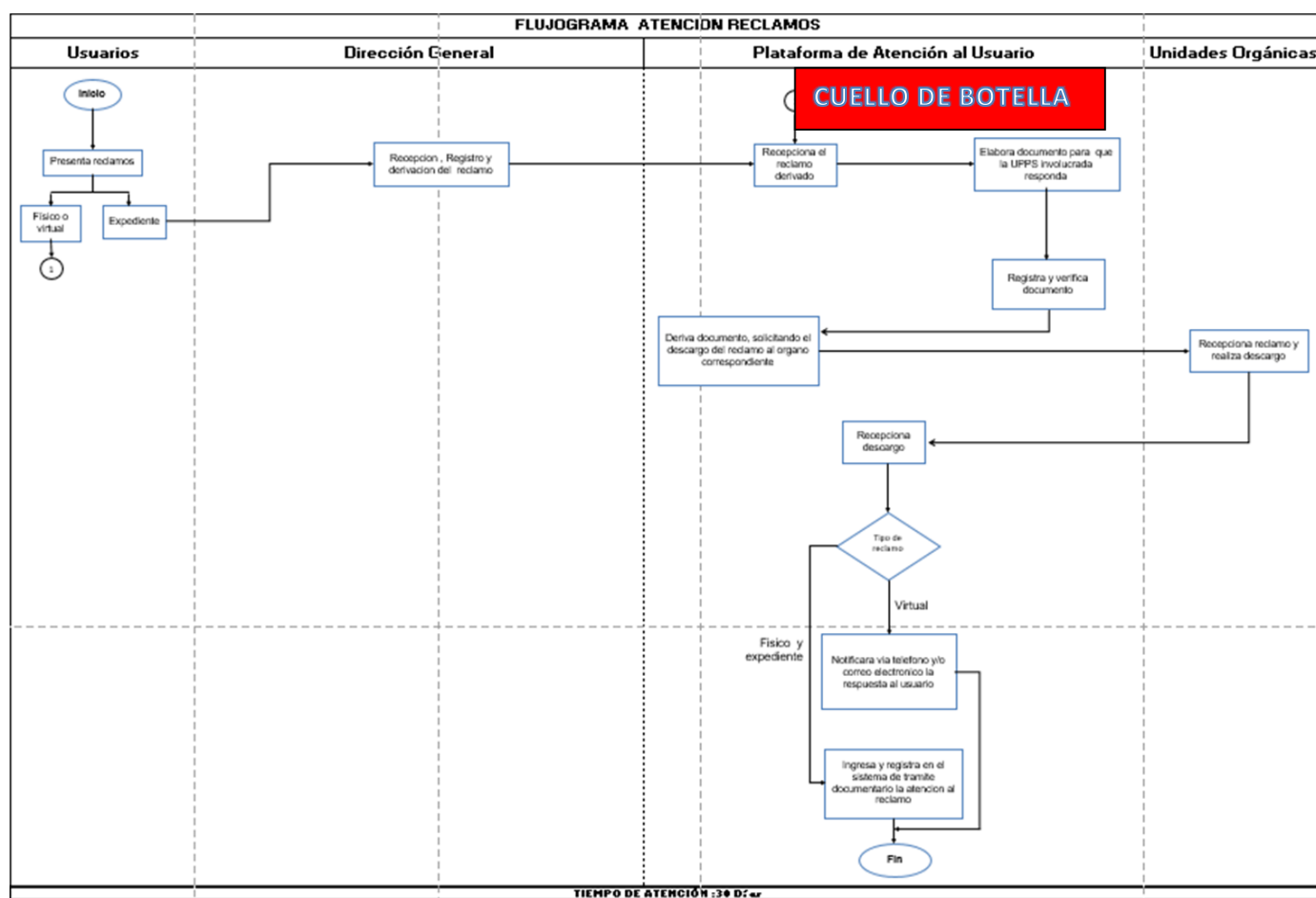
Fuente: oficina de gestión de calidad del HNAL



### 3.8.2. Objeto de estudio

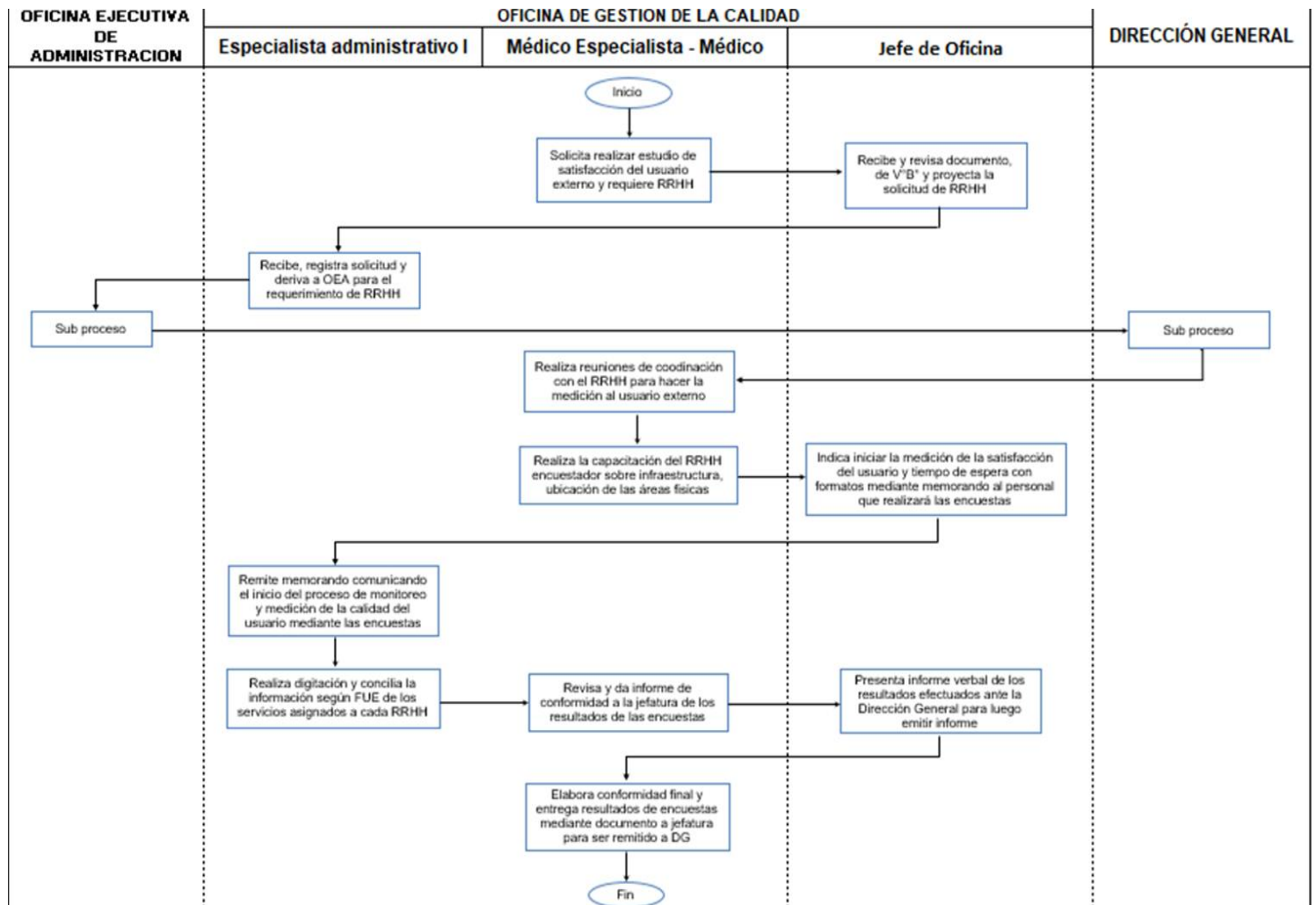
Al hacer el análisis en el área de Plataforma de Atención al Usuario, se identificó los principales procesos gestión para realizar un reclamo por parte del usuario, esto es con la finalidad de identificar el cuello de botella en el proceso para ello la implementación del Ciclo PHVA brinda una mejora continua en el área de la Plataforma de Atención al Usuario.

Figura N° 5: Flujograma de atención de reclamos



Fuente: Elaboración propia

Figura N° 6: Flujograma de respuesta al reclamo



Fuente: Elaboración propia

### 3.9. Pre-Test

En las condiciones iniciales que se desarrollan las actividades del área de Plataforma de Atención al Usuario, se procede con la extracción de datos diarios del libro de reclamaciones y la toma de datos registrados diarios de la oficina de calidad durante el periodo de tres meses 01/10/2019 a 31/12/2019 esto es para la variable dependiente, la variable independiente periodo fue de un mes.

$$ICA = \frac{OTA}{TOA} \times 100\%$$

Tabla N° 1: Actividades realizadas

FECHA	N° de activ. solicitados	N° de activ. realizados	N° de activ. desatendidos
1-Oct	3	2	1
2-Oct	2	2	1
3-Oct	3	1	0
4-Oct	2	2	0
5-Oct	3	1	0
6-Oct	2	2	1
7-Oct	1	2	0
8-Oct	3	2	1
9-Oct	2	1	0
10-Oct	1	2	0
11-Oct	2	1	0
12-Oct	3	2	1
13-Oct	2	1	1
14-Oct	1	2	0
15-Oct	3	1	1
16-Oct	2	2	0
17-Oct	1	1	0
18-Oct	2	2	0
19-Oct	1	1	1
20-Oct	2	2	1
21-Oct	3	1	1
22-Oct	3	2	1
23-Oct	2	1	0
24-Oct	1	2	0
25-Oct	2	1	2
26-Oct	2	1	1
27-Oct	2	1	0
28-Oct	1	2	0
29-Oct	3	2	1
30-Oct	2	1	2
31-Oct	2	1	1
PROMEDIO	2	2	1

Fuente: propia

Tabla N°2: Promedios de actividades previo a la aplicación del Ciclo de Deming

	PROMEDIO
N° DE ACTIVIDADES SOLICITADOS	2
N° DE ACTIVIDADES REALIZADOS	2
N° DE ACTIVIDADES DESATENDIDOS	1

Tabla N° 3 : Índice de cumplimiento de actividades (PRETEST)

FECHA	N° de activ. solicitados	N° total de actividades	ICA
1-Oct	3	5	0.6
2-Oct	2	6	0.33
3-Oct	3	5	0.6
4-Oct	2	5	0.4
5-Oct	3	7	0.43
6-Oct	2	4	0.5
7-Oct	1	7	0.14
8-Oct	3	4	0.75
9-Oct	2	6	0.33
10-Oct	1	5	0.20
11-Oct	2	5	0.40
12-Oct	3	2	1.50
13-Oct	2	6	0.33
14-Oct	1	4	0.25
15-Oct	3	5	0.60
16-Oct	2	7	0.29
17-Oct	1	8	0.13
18-Oct	2	7	0.29
19-Oct	1	5	0.20
20-Oct	2	4	0.50
21-Oct	3	6	0.50
22-Oct	3	5	0.60
23-Oct	2	7	0.29
24-Oct	1	6	0.17
25-Oct	2	4	0.50
26-Oct	2	5	0.40
27-Oct	2	6	0.33
28-Oct	1	5	0.20
29-Oct	3	5	0.60
30-Oct	2	4	0.50
31-Oct	2	4	0.50
PROMEDIO			0.40
%			40

Fuente: Elaboración propia

Para determinar el cumplimiento de actividades, se muestra el formato de actividades realizadas, la cual se recolectó los datos observando el proceso de atención que realizan los analistas de la Plataforma de Atención al Usuario; la cual el indicador establece un 40% del total de actividades realizadas en el área.



## Índice de procedimientos establecidos en gestión PRETEST:

$$IPE = \frac{TPR}{TPE} \times 100\%$$

Tabla n° 4: Índice de procedimientos establecidos en gestión PRETEST

CHECK LIST PRETEST								
ITEM	PROCEDIMIENTOS DE GESTION	DESCRIPCION DEL PROCESO	A1	A2	A3	A4	A5	A6
1	VALIDAMOS DATOS DEL USUARIO							
1.1	VERIFICAR N° DE HISTORIA CLÍNICA	PARA CONSTATAR DATOS DEL USUARIO AL MOMENTO DE PRESENTAR SU RECLAMO						
1.2	N° DNI	PARA VERIFICAR LA IDENTIDAD Y EDAD DEL USUARIO						
1.3	CORREO Y N° DE CELULAR DEL USUARIO	PARA DAR RESPUESTA A SU RECLAMO						
2	ATENCIÓN DE RECLAMOS							
2.1	SE CONSTA EL PROBLEMA	PARA SABER LA MAGNITUD DEL RECLAMO Y PARA EVIDENCIAR LO SUCEDIDO						
2.2	SEGUIMIENTO DEL RECLAMO	ESTO ES PARA CONSTATAR EN QUE ÁREA, CONSULTORIO, SERVICIO O UNIDAD QUE HALLA SUCEDIDO						
3	SOLUCIONAMOS RECLAMOS							
3.1	PLAZOS ESTABLECIDOS 30 DIAS	SE DA SOLUCION A LOS RECLAMOS A NO MENOR DE 30 DIAS						
4	RESPUESTA AL RECLAMO							
4.1	SE RESPONDE AL CORREO	SE RESPONDE AL CORREO DEL USUARIO EN 30 DIAS						
4.2	SE LLAMA AL USUARIO	SE LLAMA AL USUARIO EN 30 DIAS						
5	REGISTRO Y ARCHIVAMIENTO							
5.1	SE ARCHIVA EN 30 DIAS	SE ARCHIVA EN 30 DIAS LUEGO DE LA RESPUESTA EMITIDA						

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 5: Índice de Procedimientos establecidos en Gestión

Formato de Procedimientos Realizados por los Analistas de Nivel Avanzado (PRETEST)							
Analistas	A1	A2	A3	A4	A5	A6	PROMEDIO
9 PROCEDIMIENTOS	7	6	5	4	6	5	5.5

Fuente: Elaboración propia

$$IPE = \frac{5.5}{9} \times 100\% = 61\%$$

Para determinar el procedimiento establecido en gestión, se muestra el formato de procedimientos realizados por el analista, la cual se recolectó los datos observando el proceso de atención que realizan los analistas de la Plataforma de Atención al Usuario; estos registros son aplicando el formato de Checklist, se registra 9 procedimientos la cual tienen que cumplir los 6 analistas del PAUS. Se concluye que los trabajadores solo realizan el 61% de los procedimientos establecidos.

El Índice de seguimiento de órdenes de trabajo es para medir trabajos asignados y cuántas de ellos logran atender, esto se realiza para validar si cumplen con toda el área asignada.

TABLA N°6: Índice de Registro de seguimiento de órdenes de trabajo

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE ORDENES DE TRABAJO (PRETEST)						
FECHA	RECLAMOS REGISTRADOS	RECLAMOS CERRADOS	CASOS PENDIENTES > 24H	IBOS > 24H	TOTAL IBOS	%SEGUIMIENTO
1-Oct	13	9	4	0	0	0%
2-Oct	11	7	4	0	0	0%
3-Oct	10	6	4	0	0	0%
4-Oct	14	6	8	0	0	0%
5-Oct	11	4	7	0	0	0%
6-Oct	7	3	4	0	0	0%
7-Oct	14	5	9	0	0	0%
8-Oct	8	4	4	0	0	0%
9-Oct	9	5	4	0	0	0%
10-Oct	14	8	6	0	0	0%
11-Oct	10	6	4	0	0	0%
12-Oct	14	4	10	0	0	0%
13-Oct	7	3	4	0	0	0%
14-Oct	12	6	6	0	0	0%
15-Oct	10	4	6	0	0	0%
16-Oct	8	3	5	0	0	0%
17-Oct	9	5	4	0	0	0%
18-Oct	11	5	6	0	0	0%
19-Oct	15	4	11	0	0	0%
20-Oct	10	7	3	0	0	0%
21-Oct	7	2	5	0	0	0%
22-Oct	9	5	4	0	0	0%
23-Oct	9	6	3	0	0	0%
24-Oct	11	7	4	0	0	0%
25-Oct	12	7	5	0	0	0%
26-Oct	10	5	5	0	0	0%
27-Oct	15	6	9	0	0	0%
28-Oct	10	5	5	0	0	0%
29-Oct	8	3	5	0	0	0%
30-Oct	9	5	4	0	0	0%
31-Oct	12	5	4	0	0	0%

Fuente: Elaboración propia

Para determinar el seguimiento de los casos, se tiene en cuenta que se observa que los casos no fueron interpuestos por buenos oficios (IBOS), pero si hay casos mayores a 10; con este indicador se llegó a la conclusión que el 0% de los casos se realiza el seguimiento respectivo, la cual se tiene que mejorar ya que esto nos ayuda a visualizar el motivo por el cual los casos permanecen aún sin ser registrados en un cuaderno de buenos oficios.

$$ISOT = \frac{0}{166} \times 100\% = 0\%$$

Índice de atenciones por analista, es para medir órdenes de trabajo asignadas y cuántos de ellos logran atender, esta se realiza para validar si cumplen con toda la tarea asignada

Tabla N°7: Índice de atención de servicio por analista (Pretest)

REGISTRO DE ATENCIÓN DE SERVICIO POR ANALISTA (PRETEST)															
FECHA	ASIGNADOS						ATENDIDOS						TOTAL ASIGNADOS	TOTAL ATENDIDOS	%
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A1	A2	A3	A4	A5	A6			
1-Oct	5	5	5	5			3	2	2	1			20	8	40%
2-Oct			5	5	5	5			3	2	3	2	20	10	50%
3-Oct		5	5	5	5			1	4	2	3		20	9	45%
4-Oct	5	5	5	5			1	3	2	1			20	7	35%
5-Oct		5	5	5	5		1	3	2	3			20	9	45%
6-Oct			5	5	5	5			1	3	2	2	20	8	40%
7-Oct	5	5	5	5			2	1	2	2			20	7	35%
8-Oct	5	5			5	5	1	1			3	2	20	7	35%
9-Oct		5	5	5	5			2	2	3	1		20	8	40%
10-Oct	5	5	5	5			4	1	1	3			20	9	45%
11-Oct		5	5	5	5			3	1	4	2		20	10	50%
12-Oct			5	5	5	5			3	1	2	2	20	8	40%
13-Oct	5	5	5	5			3	2	1	2			20	8	40%
14-Oct			5	5	5	5			2	2	3	4	20	11	55%
15-Oct		5	5	5	5			3	2	2	1		20	8	40%
16-Oct	5	5	5	5			2	1	1	2			20	6	30%
17-Oct		5	5	5	5			2	2	2	1		20	7	35%
18-Oct		5	5		5	5		2	2		1	1	20	6	30%
19-Oct	5	5	5	5			2	3	3	2			20	10	50%
20-Oct			5	5	5	5			2	3	4	2	20	11	55%
21-Oct		5	5	5	5			3	2	2	1		20	8	40%
22-Oct	5	5			5		1	2		2	2		15	7	47%
23-Oct		5	5	5	5			2	2	2	1		20	7	35%
24-Oct		5	5	5		5		3	1	2		2	20	8	40%
25-Oct	5	5	5	5			3	4	1	1			20	9	45%
26-Oct			5	5	5	5			1	2	1	3	20	7	35%
27-Oct		5	5	5	5			3	2	2	2		20	9	45%
28-Oct	5	5	5	5	5		3	2	1	1			25	7	28%
29-Oct		5	5	5	5			1	1	2	1		20	5	25%
30-Oct		5	5		5	5		2	2		3	1	20	8	40%
31-Oct	5	5					3	2	1	2			10	8	80%

Fuente: Elaboración propia

$$IBP = \frac{250}{610} \times 100\% = 41\%$$

Para determinar las atenciones por analista se obtuvieron 610 órdenes de trabajo asignadas en general por un mes, solo se atendieron 250 casos asignados de reclamos; la cual debe mejorar, se entiende que el indicador de atenciones es 41%.

### Datos de la variable dependiente

Los datos descritos en la variable dependiente fueron consolidados con el cuadro de órdenes de trabajo generadas durante tres meses, se muestra los datos necesarios para determinar la capacidad de respuesta y la empatía en el área de la Plataforma de Atención al Usuario.

Tabla N° 8: índice de reclamos atendidos por analista

Registro de Reclamos (PRETEST)				
FECHA	CASOS ATENDIDOS	TASA DE RECLAMOS	% DE RECLAMOS	CAPACIDAD DE RESPUESTA
1-Oct	14	9	64%	36%
2-Oct	15	7	47%	53%
3-Oct	15	6	40%	60%
4-Oct	16	4	25%	75%
5-Oct	20	7	35%	65%
6-Oct	18	8	44%	56%
7-Oct	16	9	56%	44%
8-Oct	15	7	47%	53%
9-Oct	18	10	56%	44%
10-Oct	10	6	60%	40%
11-Oct	15	9	60%	40%
12-Oct	17	8	47%	53%
13-Oct	19	8	42%	58%
14-Oct	20	10	50%	50%
15-Oct	17	8	47%	53%
16-Oct	15	9	60%	40%
17-Oct	14	6	43%	57%
18-Oct	17	9	53%	47%
19-Oct	9	5	56%	44%
20-Oct	10	6	60%	40%
21-Oct	17	11	65%	35%
22-Oct	11	6	55%	45%
23-Oct	16	8	50%	50%
24-Oct	18	9	50%	50%
25-Oct	10	5	50%	50%
26-Oct	20	12	60%	40%
27-Oct	20	7	35%	65%
28-Oct	17	5	29%	71%
29-Oct	16	9	56%	44%
30-Oct	15	6	40%	60%
31-Oct	19	9	47%	53%
1-Nov	11	7	64%	36%
2-Nov	13	6	46%	54%
3-Nov	15	9	60%	40%
4-Nov	16	7	44%	56%
5-Nov	19	10	53%	47%
6-Nov	20	8	40%	60%
7-Nov	13	9	69%	31%
8-Nov	11	5	45%	55%
9-Nov	11	5	45%	55%
10-Nov	18	8	44%	56%
11-Nov	19	6	32%	68%
12-Nov	11	5	45%	55%
13-Nov	17	9	53%	47%
14-Nov	15	5	33%	67%
15-Nov	16	6	38%	63%
16-Nov	13	4	31%	69%
17-Nov	12	8	67%	33%
18-Nov	19	4	21%	79%
19-Nov	17	6	35%	65%
20-Nov	14	7	50%	50%
21-Nov	12	9	75%	25%
22-Nov	12	5	42%	58%
23-Nov	10	4	40%	60%
24-Nov	20	8	40%	60%
25-Nov	12	5	42%	58%
26-Nov	17	9	53%	47%
27-Nov	18	6	33%	67%
28-Nov	19	9	47%	53%
29-Nov	20	8	40%	60%
30-Nov	11	5	45%	55%
1-Dic	18	7	39%	61%
2-Dic	11	5	45%	55%
3-Dic	13	5	38%	62%
4-Dic	17	8	47%	53%
5-Dic	15	6	40%	60%
6-Dic	14	8	57%	43%
7-Dic	11	7	64%	36%
8-Dic	10	5	50%	50%
9-Dic	20	9	45%	55%
10-Dic	11	4	36%	64%
11-Dic	16	7	44%	56%
12-Dic	14	4	29%	71%
13-Dic	13	8	62%	38%
14-Dic	11	4	36%	64%
15-Dic	11	5	45%	55%
16-Dic	18	7	39%	61%
17-Dic	19	9	47%	53%
18-Dic	16	5	31%	69%
19-Dic	14	6	43%	57%
20-Dic	13	4	31%	69%
21-Dic	14	8	57%	43%
22-Dic	18	9	50%	50%
23-Dic	17	6	35%	65%
24-Dic	14	6	43%	57%
25-Dic	16	4	25%	75%
26-Dic	16	6	38%	63%
27-Dic	14	8	57%	43%
28-Dic	13	9	69%	31%
29-Dic	19	8	42%	58%
30-Dic	13	6	46%	54%
31-Dic	11	5	45%	55%

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro se puede observar que, en los tres meses, los casos atendidos a diario son 1390 órdenes de trabajo, la cual 638 son reclamos reportados por los usuarios debido a una mala atención (falta de citas médicas, demora en la entrega de historias clínicas, ausencia de personal médico) por otro lado con esta información se calculó el indicador capacidad de respuesta.

$$IRA = 1 - \frac{638}{1390} \times 100\% = 54\%$$

El indicador de capacidad de respuesta al usuario del área de Plataforma de Atención al Usuario se observó que, durante el desarrollo de las actividades diarias de las órdenes de trabajos realizadas, por lo tanto, se registra como valor de 54% como la capacidad de respuesta, por consiguiente, es un indicador baja la cual se debe mejorar.

Tabla N°9: Registro órdenes de reclamos atendidos dentro del servicio PRETEST

FECHA	TOTAL DE ORDEN DE RECLAMOS	TOTAL DE ATENCIONES	% DE ATENCIONES
1-Oct	16	9	56%
2-Oct	17	8	47%
3-Oct	11	6	55%
4-Oct	16	5	31%
5-Oct	18	6	33%
6-Oct	19	7	37%
7-Oct	15	6	40%
8-Oct	14	5	36%
9-Oct	15	7	47%
10-Oct	14	8	57%
11-Oct	18	6	33%
12-Oct	18	9	50%
13-Oct	15	4	27%
14-Oct	14	5	36%
15-Oct	19	8	42%
16-Oct	17	4	24%
17-Oct	15	6	40%
18-Oct	15	9	60%
19-Oct	14	7	50%
20-Oct	18	4	22%
21-Oct	17	6	35%
22-Oct	15	8	53%
23-Oct	14	9	64%
24-Oct	15	6	40%
25-Oct	15	4	27%
26-Oct	14	7	50%
27-Oct	18	9	50%
28-Oct	18	6	33%
29-Oct	19	4	21%
30-Oct	20	8	40%
31-Oct	20	5	25%
1-Nov	15	4	27%
2-Nov	15	7	47%
3-Nov	14	9	64%
4-Nov	16	7	44%
5-Nov	17	4	24%
6-Nov	17	5	29%
7-Nov	16	7	44%
8-Nov	16	9	56%
9-Nov	17	6	35%
10-Nov	17	5	29%
11-Nov	17	4	24%
12-Nov	11	6	55%
13-Nov	11	8	73%
14-Nov	15	6	40%
15-Nov	15	5	33%
16-Nov	16	9	56%
17-Nov	11	8	73%
18-Nov	11	7	64%
19-Nov	15	9	60%
20-Nov	14	8	57%
21-Nov	16	7	44%
22-Nov	16	9	56%
23-Nov	18	9	50%
24-Nov	18	6	33%
25-Nov	18	6	33%
26-Nov	16	8	50%
27-Nov	16	8	50%
28-Nov	15	6	40%
29-Nov	15	9	60%
30-Nov	15	9	60%
1-Dic	19	8	42%
2-Dic	19	7	37%
3-Dic	16	7	44%
4-Dic	15	6	40%
5-Dic	15	6	40%
6-Dic	14	7	50%
7-Dic	14	9	64%
8-Dic	14	9	64%
9-Dic	13	8	62%
10-Dic	16	7	44%
11-Dic	17	9	53%
12-Dic	17	7	41%
13-Dic	17	7	41%
14-Dic	14	6	43%
15-Dic	14	9	64%
16-Dic	19	7	37%
17-Dic	20	5	25%
18-Dic	18	4	22%
19-Dic	16	6	38%
20-Dic	17	7	41%
21-Dic	16	8	50%
22-Dic	19	9	47%
23-Dic	20	6	30%
24-Dic	16	5	31%
25-Dic	18	7	39%
26-Dic	15	9	60%
27-Dic	20	7	35%
28-Dic	19	8	42%
29-Dic	16	9	56%
30-Dic	13	8	62%
31-Dic	15	9	60%

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro se puede observar que en los tres meses se registraron 1473 órdenes de reclamos la cual 637 de ellas fueron atendidas dentro del objetivo con el usuario; por otro lado, con esta información se calculó el indicador de la empatía.

$$TIS = \frac{637}{1473} \times 100\% = 43\%$$

El indicador de empatía del área de Plataforma de Atención al Usuario se verifica, durante el ingreso de las órdenes de trabajo registradas y atendidas, se observa la empatía en la atención es de 43%, es un valor bajo la cual tiene que mejorar.

Tabla n° 10: Cuadro de la calidad de servicio (Pretest)



CUADRO DE CALIDAD DE SERVICIO (PRETEST)			
FECHA	EMPATIA PRETEST	CAPACIDAD DE RESPUESTA	CALIDAD DE SERVICIO
1-Oct	56%	36%	46%
2-Oct	47%	53%	50%
3-Oct	55%	60%	58%
4-Oct	31%	75%	53%
5-Oct	33%	65%	49%
6-Oct	37%	56%	47%
7-Oct	40%	44%	42%
8-Oct	36%	53%	45%
9-Oct	47%	44%	46%
10-Oct	57%	40%	49%
11-Oct	33%	40%	37%
12-Oct	50%	53%	52%
13-Oct	27%	58%	43%
14-Oct	36%	50%	43%
15-Oct	42%	53%	48%
16-Oct	24%	40%	32%
17-Oct	40%	57%	49%
18-Oct	60%	47%	54%
19-Oct	50%	44%	47%
20-Oct	22%	40%	31%
21-Oct	35%	35%	35%
22-Oct	53%	45%	49%
23-Oct	64%	50%	57%
24-Oct	40%	50%	45%
25-Oct	27%	50%	39%
26-Oct	50%	40%	45%
27-Oct	50%	65%	58%
28-Oct	33%	71%	52%
29-Oct	21%	44%	33%
30-Oct	40%	60%	50%
31-Oct	25%	53%	39%
1-Nov	27%	36%	32%
2-Nov	47%	54%	51%
3-Nov	64%	40%	52%
4-Nov	44%	56%	50%
5-Nov	24%	47%	36%
6-Nov	29%	60%	45%
7-Nov	44%	31%	38%
8-Nov	56%	55%	56%
9-Nov	35%	55%	45%
10-Nov	29%	56%	43%
11-Nov	24%	68%	46%
12-Nov	55%	55%	55%
13-Nov	73%	47%	60%
14-Nov	40%	67%	54%
15-Nov	33%	63%	48%
16-Nov	56%	69%	63%
17-Nov	73%	33%	53%
18-Nov	64%	79%	72%
19-Nov	60%	65%	63%
20-Nov	57%	50%	54%
21-Nov	44%	25%	35%
22-Nov	56%	58%	57%
23-Nov	50%	60%	55%
24-Nov	33%	60%	47%
25-Nov	33%	58%	46%
26-Nov	50%	47%	49%
27-Nov	50%	67%	59%
28-Nov	40%	53%	47%
29-Nov	60%	60%	60%
30-Nov	60%	55%	58%
1-Dic	42%	61%	52%
2-Dic	37%	55%	46%
3-Dic	44%	62%	53%
4-Dic	40%	53%	47%
5-Dic	40%	60%	50%
6-Dic	50%	43%	47%
7-Dic	64%	36%	50%
8-Dic	64%	50%	57%
9-Dic	62%	55%	59%
10-Dic	44%	64%	54%
11-Dic	53%	56%	55%
12-Dic	41%	71%	56%
13-Dic	41%	38%	40%
14-Dic	43%	64%	54%
15-Dic	64%	55%	60%
16-Dic	37%	61%	49%
17-Dic	25%	53%	39%
18-Dic	22%	69%	46%
19-Dic	38%	57%	48%
20-Dic	41%	69%	55%
21-Dic	50%	43%	47%
22-Dic	47%	50%	49%
23-Dic	30%	65%	48%
24-Dic	31%	57%	44%
25-Dic	39%	75%	57%
26-Dic	60%	63%	62%
27-Dic	35%	43%	39%
28-Dic	42%	31%	37%
29-Dic	56%	58%	57%
30-Dic	62%	54%	58%
31-Dic	60%	55%	58%

Fuente: propia

Para determinar la calidad de servicio en la pretest tenemos las dos dimensiones de empatía que se obtiene un promedio del 44% y de la capacidad de respuesta de un 54%, obteniendo el promedio de la calidad de servicio un 49%, cifra por mejorar para la calidad de servicio de la Plataforma de Atención al Usuario.

### **3.9.1 Propuesta de mejora**

El avance de la investigación se contará todas las etapas de la metodología del ciclo de Deming, asimismo tener el objetivo de cumplir los tiempos de atención de las órdenes de trabajo o reclamos de producción y aumentar el nivel de calidad del servicio, así conseguir una ventaja competitiva en la atención y una mejora respuesta de atención a los usuarios.

Asimismo, se desarrolló un cronograma de actividades.

Tabla N°11: Cronograma de Actividades

			2019												2020																												
			OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				
PROCESO	ACTIVIDAD	ESTADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
PLANIFICAR	IDENTIFICAR EL PROBLEMA Y CAUSAS DEL ÁREA DE PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO	CULMINADO																																									
	DEFINIR INDICADORES	CULMINADO																																									
	RECOGER INFORMACIÓN ACTUAL DE PAUS	CULMINADO																																									
	CONTRUIR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	CULMINADO																																									
	PLANTEAR EL PLAN OPERATIVO	CULMINADO																																									
HACER	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN	CULMINADO																																									
	PLANIFICACIÓN DE LAS ÓRDENES DE TRABAJO	CULMINADO																																									
	REGISTROS DE DATOS DE GESTIÓN	CULMINADO																																									
CONTROL	SEGUIMIENTO DE LAS ÓRDENES DE TRABAJO	CULMINADO																																									
ACTUAR	MATRIZ DE ASIGNACIÓN	CULMINADO																																									
	ASIGNACIÓN DE ÓRDENES DE TRABAJO	CULMINADO																																									
	RECOGER INFORMACIÓN DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN	CULMINADO																																									

Fuente: Elaboración propia

### **3.9.1.1 Etapa Planificar**

#### **Identificar el problema y causas del área de Plataforma de Atención al Usuario**

Se realiza el diagnóstico del área de Plataforma de Atención al Usuario donde se brinda atención a los usuarios que presentan reclamos en el Hospital Loayza. El área de Plataforma de Atención al Usuario está constituida por 6 personas, la cual es conformada por supervisor de reclamos y los 5 analistas o personales del área. Por ello la información que se recolectarán para la mejora del área de Plataforma de Atención al Usuario se realizará a través de todo el personal.

Primero se programa reunir al supervisor y líder de equipo para indagar sobre los posibles problemas que se viene presentando en la operación, asimismo se pide opinión sobre programas de mejora, datos históricos e información relevante que pueda ser útil para mejorar la operación, para ellos se utilizó la herramienta lluvia de ideas, buscando los errores presentados en la operación.

N° IDEAS:

Mejorar los tipos de atención de los reclamos e mejorar con la información a los usuarios

Actualización de los procedimientos de gestión.

Realizar seguimiento de los reclamos.

Implementar los indicadores encontrados.

Capacitaciones.

Revisar los reclamos presentados con anterioridad.

Mejorar los registros de base de datos según sistema del Hospital Loayza.

Capacitación de la Plataforma.

Optimizar los tiempos de reclamos de parte de los usuarios.

Crear un registro de buenos oficios a través de las soluciones brindadas por parte del personal al usuario.

Observar el compromiso con el trabajo.

Se identificó los problemas a través de la lluvia de ideas de los procesos de gestión la cual nos lleva a identificar el problema principal la cual indica el Error humano en la información al usuario, computadoras con falta de software para brindar las citas correspondientes, maquinarias obsoletas en los servicios, falta de ambiente físico para el desarrollo del PHVA, implementos para desarrollo del PAUS.

Asimismo, se identifica las principales causas raíz del problema aplicando el diagrama de Pareto, las cuales al ser tratadas priorizan las causas del problema del área de Plataforma de Atención al Usuario; para ello, según norma del 80/20; el 80% de los inconvenientes, están originados por el 20% de las causas; por lo tanto, debemos priorizar nuestra actuación sobre este 20% de las causas, que debemos saber identificar, nos apoyó a concentrar los esfuerzos en la solución de los presentes problemas y actuando preferentemente sobre sus causas principales. Para ello, al recolectar los datos, se identificaron 9 posibles causas, para esto queremos priorizar lo más importante a partir de un diagrama de Pareto. (Imagen N° 7)

1	Tiempos de pruebas insuficiente para la ejecución del cambio en el servicio
2	La proyección de la mejora continua no es clara
3	Personal con poco conocimiento de gestión de calidad
4	Error humano en la información al usuario
5	Computadoras con falta de software (sistema Minsa o Galenhos)
6	Maquinarias obsoletas en los servicios
7	Falta de ambiente físico para el desarrollo del PHVA
8	Cultura organizacional
9	Implementos para desarrollo del PAUS

Tabla 12: Causas del problema del área Plataforma de Atención al Usuario

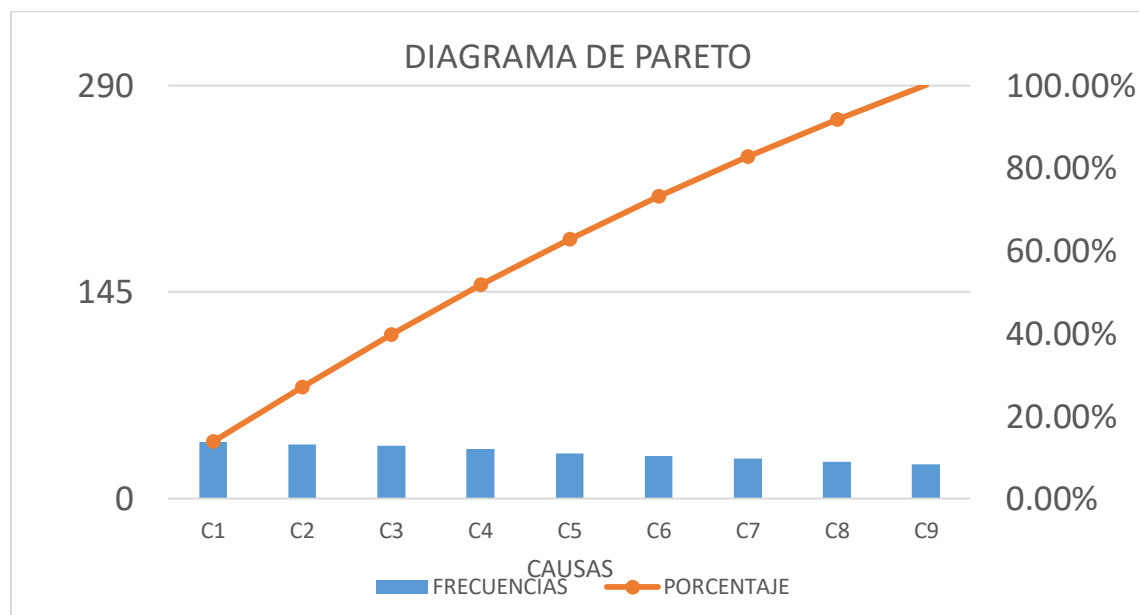
CAUSAS	FRECUENCIA	%	ACUMULADA	%ACUMULADA
Error humano en la información al usuario	40	13.79%	40	13.84%
Computadoras con falta de software (sistema Minsa o Galenhos)	38	13.10%	78	26.94%
Maquinarias obsoletas en los servicios	37	12.76%	115	39.70%
Falta de ambiente físico para el desarrollo del PHVA	35	12.07%	150	51.77%
Personal con poco conocimiento de gestión de calidad	32	11.03%	182	62.81%
La proyección de la mejora continua no es clara	30	10.34%	212	73.15%
Tiempos de pruebas insuficiente para la ejecución del cambio en el servicio	28	9.66%	240	82.81%
Implementos para desarrollo del PAUS	26	8.97%	266	91.77%
Cultura organizacional	24	8.28%	290	100.05%
	290	100.00%		

Fuente:

Elaboración

propia

Imagen N° 1: Diagrama de Pareto



Fuente: Elaboración Propia (2020)

Interpretación:

En cuanto al diagrama de Pareto se observa que la mayor causa referida por los usuarios es error humano en información al usuario y los equipos con falta de software con sistemas del MINSA Y GALENHOS, estas causas producen una baja calidad de atención.

Las causas principales se detallan a continuación:

Causa Raíz 1: Error humano en la información al usuario.

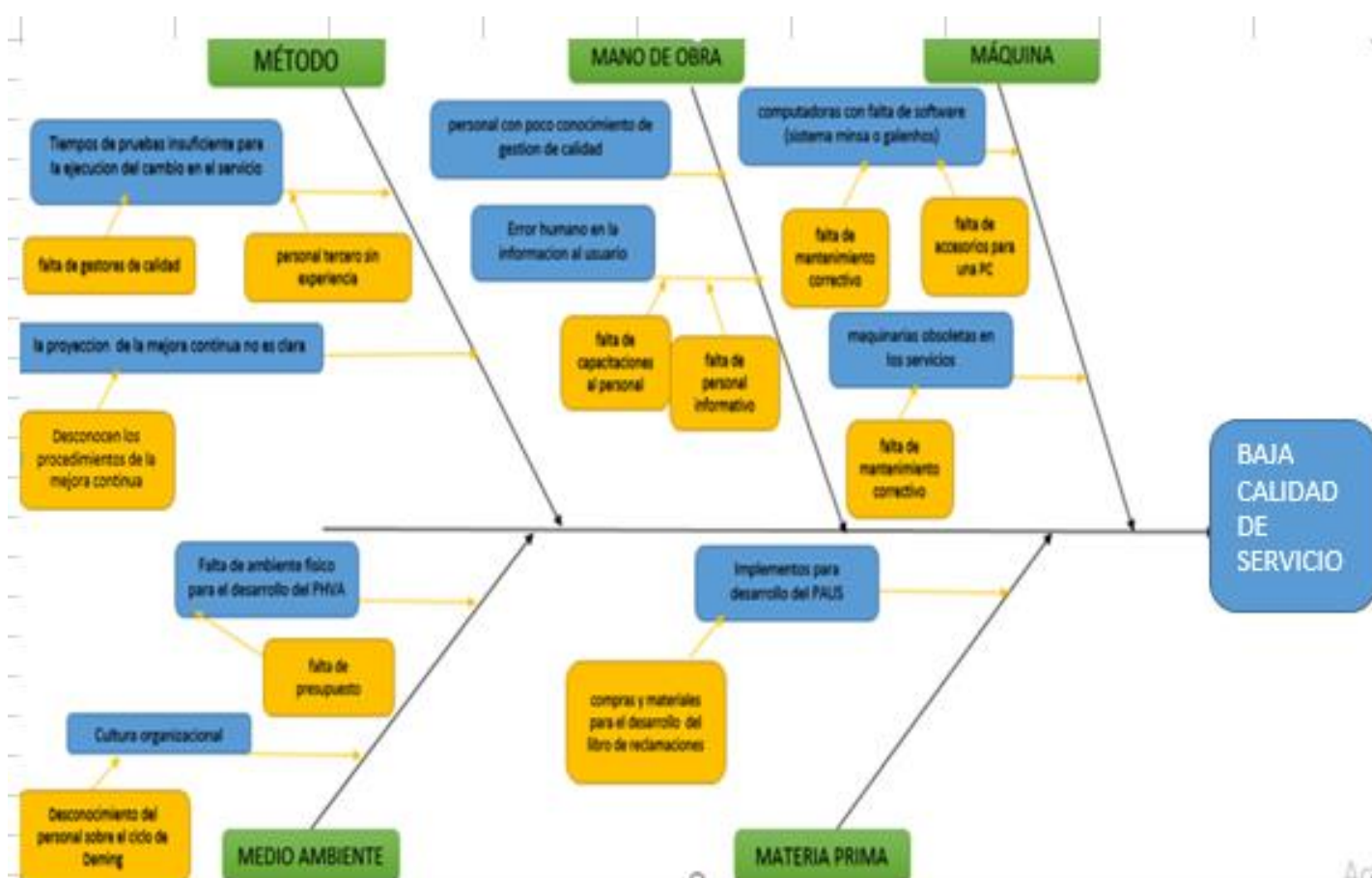
Causa Raíz 2: Computadoras con falta de software (Minsa y Galenhos).

Causa Raíz 3: La proyección de la mejora continua no es clara.

Causa Raíz 4: Personal con poco conocimiento de gestión de calidad.

Causa Raíz 5: Tiempos de pruebas insuficiente para la ejecución del cambio de servicio.

Imagen N° 2: Diagrama de Ishikawa



Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 13: Análisis de Metas y objetivos

Causa Raíz	Meta	Objetivo
Error humano en la información al usuario	Capacitar al personal a cargo de la oficina de la Plataforma de Atención al Usuario.	Disminuir los reclamos por falta de información al usuario, para disminuir el porcentaje de reclamos registrados en el Hospital Loayza.
Computadoras con falta de software	Actualizar el sistema de cada computadora del servicio del MUA, por parte del personal informático del Hospital Loayza para brindar las citas correspondientes y la facturación al usuario SIS.	Disminuir los reclamos suscitados por el usuario, por la falta de citas y/o ventanillas inoperativas del Hospital Loayza.
La proyección de la mejora continua no es clara	Conocer el procedimiento de mejora continua al personal.	Los personales tendrán claro sus funciones y procedimientos sobre el libro de reclamaciones y brindar la información correspondiente y solución al problema usando el cuaderno de IBOS.
Personal con poco conocimiento sobre gestión de calidad	Realizar una capacitación al analista o personal de la Plataforma de Atención al Usuario sobre el ciclo PHVA.	Fomentar al personal los procedimientos de cómo implementar esta mejora continua en el área para dar una mejor atención.
Tiempos de pruebas insuficiente para la ejecución del cambio de servicio	Optimizar los tiempos de pruebas para la mejora continua del área.	Mejorar el servicio fomentando la solución a los reclamos a través del cuaderno de IBOS, para ello se optimizará los tiempos para la implementación del PHVA.

Fuente: Elaboración propia



## Definir indicadores de control

Se definen los indicadores para realizar el control de actividades de la propuesta de mejora en la Plataforma de Atención al Usuario.

### Planear

El indicador a medir es: Índice de cumplimiento de actividades (ICA)

$$ICA = \frac{OTA}{TOA} \times 100\%$$

ICA: índice de cumplimientos de actividades

OTA: Actividades realizadas correctamente

TOT: Total de actividades

Este indicador para la etapa de planeación del proyecto, donde se medirá el porcentaje del cumplimiento de actividades, evaluar si el personal llegará a cumplir todas las actividades de atención.

El indicador a medir es: Índice de procedimientos establecidos de gestión (IPE)

$$IPE = \frac{TPR}{TPE} \times 100\%$$

IPE: índice de procedimientos establecidos de gestión

TPR: Total de procedimiento de gestión realizados por el analista

TPE: Total de procedimientos

Se realizará la documentación de todos los procesos establecidos durante las propuestas de mejora, se capacitará al personal con los procedimientos establecidos para una mejor gestión de los reclamos.

El indicador a medir es: Índice de seguimiento de órdenes de trabajo (ISOT)

$$ISOT = \frac{IBOS - RCE}{TOT} \times 100\%$$

ISOT: Índice de seguimiento de órdenes de trabajo

IBOS-RCE: Interposición de buenos oficios – reclamos establecidos

TOTE: Total de órdenes de trabajo de buenos oficios

Se realizará el seguimiento de los casos que se encuentren pendientes mayor a 24 horas, se tiene que tipificar el motivo por el cual dichos casos no están cerrados dentro del acuerdo del área.

El indicador a medir es: Índice de atenciones por analista (EBP)

$$EBP = \frac{TA}{TCA} \times 100\%$$

EBP: Índice de atenciones por analista

TA: Total de casos atendidos por analista

TCA: Total de casos asignado por analista

Se medirá las atenciones realizadas por cada analista, para verificar cuántos casos atienden por día.

El indicador a medir es: índice de Capacidad de respuesta (TR)

$$IRA = 1 - \frac{NRD}{TOT} \times 100\%$$

IRA: Tasa de reclamos

NRD: Número de reclamos por día

TOT: Total de órdenes de trabajo

Este indicador tiene como objetivo validar con el registro de reclamos a diario, la capacidad de respuesta.

El indicador a medir es: Índice de órdenes de reclamos atendidos dentro del servicio (TOA)

$$TOA = \frac{IS}{TI} \times 100\%$$

TOA: Tasa de órdenes de reclamos atendidas

IS: Orden de reclamos solucionadas dentro del servicio

TI: Total de órdenes de reclamos

Se medirá las órdenes de reclamo atendidas dentro del servicio.

### **Recoger información actual de área de Plataforma de Atención al Usuario**

En esta etapa se recolecta los datos planteados en el pre-test, así analizar la situación actual del área de Plataforma de Atención al Usuario antes de la implementación.

### **Construir los instrumentos de medición**

Se construyen los instrumentos para la toma de datos que se exporta del libro de reclamaciones donde se registra todos los reclamos de los usuarios que se acercaron al Hospital Loayza.

Imagen N° 3: Registro de actividades




ÁREA:			
NOMBRE:		FECHA:	
Fecha	Nº DE ACTIVIDADES SOLICITADOS	Nº DE ACTIVIDADES REALIZADOS	Nº DE ACTIVIDADES DESATENDIDOS

Fuente: Elaboración propia

En la imagen 3, se registra el cumplimiento de actividades realizadas por los analistas para tener un indicador en el pase de Planificar.

Imagen Nª 4: Ficha de Checklist



Ficha de ~~Check List~~

ÁREA: \_\_\_\_\_


NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Ítem	PROCESO	DESCRIPCIÓN	A1	A2	A3	A4	A5	A6

Fuente: Elaboración propia

En la imagen nº 4, esta ficha sirve para registrar las actividades y descripción de cada una de los procedimientos adecuados que se tiene que realizar en la Plataforma de Atención al Usuario, mediante una Checklist se verifica si los analistas están cumpliendo con las actividades, esta ficha se utilizó para calcular el indicador Hacer.

Imagen Nª 5: Ficha de seguimiento



FICHA DE SEGUIMIENTO

ÁREA: \_\_\_\_\_


NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Fecha	RECLAMOS REGISTRADOS	RECLAMOS CERRADOS	CASOS PENDIENTES >24H	IBOS >24H	TOTAL IBOS	%SEGUIMIENTO

Fuente: Elaboración propia

En la Imagen nº 5, se utilizó para registrar el seguimiento de los casos del área de Plataforma de Atención al Usuario, para llevar un mejor control de ellos, con ello calcular el indicador de verificar.

## Imagen N° 6: Ficha de atención de servicio por analista



FICHA DE ATENCIÓN DE SERVICIO POR ANALISTA

ÁREA:

NOMBRE:  FECHA:

	ASIGNADOS						ATENDIDOS						TOTAL ASIGNADOS	TOTAL ATENDIDOS	%
Fecha	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A1	A2	A3	A4	A5	A6			

Fuente:

Elaboración propia

En la Imagen n° 6, se registra los casos asignados y atendidos por analistas, para tener un indicador de cuántos casos se atendieron por día, así tener un mejor control del indicador de atención por servicio de cada analista.

## Imagen Nª 7: Ficha de registro de reclamos



FICHA DE REGISTRO DE RECLAMOS

ÁREA:

NOMBRE:  FECHA:

Fecha	Nº DE CASOS ATENDIDOS	TASA DE RECLAMO	% DE RECLAMOS	CAPACIDAD DE RESPUESTA

Fuente: Elaboración propia

En la imagen N° 7, esta ficha de registro de los reclamos presentados durante la atención de requerimientos o incidencia por día, así poder medir el indicador de capacidad de respuesta.

## Imagen N° 8: Ficha de Registro órdenes de reclamos atendidos dentro del servicio



FICHA DE REGISTRO			
ÁREA:			
NOMBRE:		FECHA:	
Fecha	TOTAL DE ORDEN DE RECLAMOS	TOTAL DE ATENCIONES	% DE ATENCIONES

Fuente:

Elaboración propia

En la imagen n° 6, se detalla los reclamos registrados y cuántos de ellos fueron atendidos dentro del acuerdo del servicio con el usuario, así poder medir el indicador de Empatía.

### Plantear el Plan Operativo

Para la aplicación se construyó un cronograma de realización del proyecto; la cual tiene como función lo que se va a realizar en la investigación en cada actividad programada, esto con la finalidad de seguir cada actividad en las fechas establecidas.

#### 3.9.1.2. Etapa Hacer

Capacitación del personal de la Plataforma de Atención al Usuario

Las capacitaciones tendrán un enfoque en la gestión de los reclamos, orientando para que el personal realice los procedimientos adecuados de una recepción de un reclamo, asimismo fomentar la cultura y acrecentar el ambiente organizacional en el área de la Plataforma de Atención al Usuario.

Los temas a considerar son los siguientes para las capacitaciones:

Figura n°7: Ficha de asistencia

	Apellidos y Nombres	Cargo	Area	Firma
1	Carolina Espinoza	Analista/Asesor	PAUS	[Firma]
2	Alba Montenegro	Analista/Asesor	PAUS	[Firma]
3	Carlos Espinoza	Asesor	PAUS	[Firma]
4	Marcelo Alvarado	Asesor	PAUS	[Firma]
5	Edgar Pico	Analista	PAUS	[Firma]
6	Clara Sánchez Altamirano	Procesamiento	PAUS	[Firma]
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se detalla los procedimientos de gestión la cual capacitó al personal del área de Plataforma de Atención al Usuario.

### Roles y funciones

El objetivo de esta fase en los roles y funciones es para asumir responsabilidades de los analistas del área.

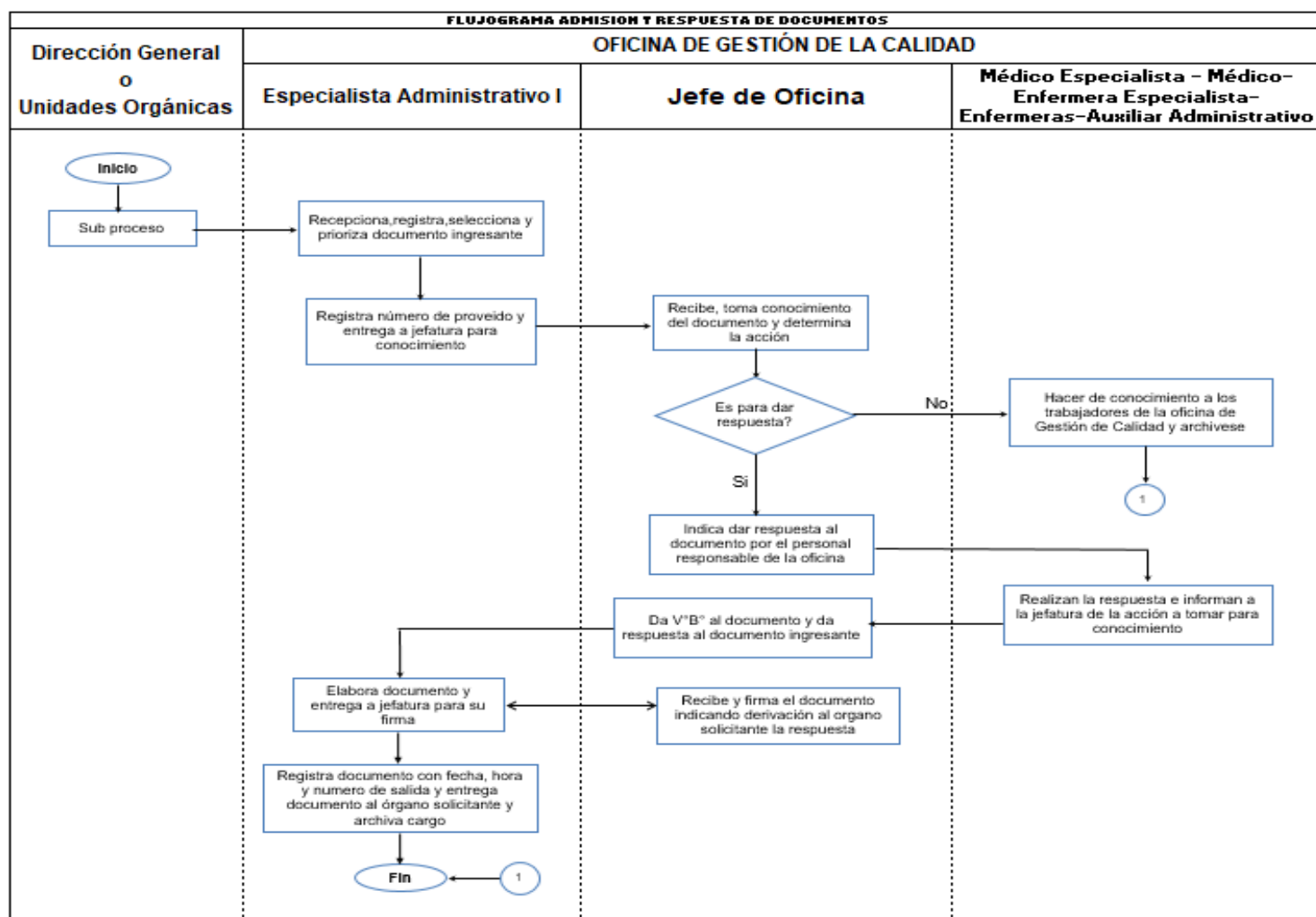
ROLES	FUNCIONES
<b>RECEPCIÓN</b>	<p>Es el responsable de recibir al usuario en la Plataforma de Atención al Usuario. Además, debe asegurarse en responder las incomodidades del usuario e informar adecuadamente sobre los procesos para gestionar su reclamo según sea su caso.</p> <p>Asegurarse de dar prioridad en la atención de su reclamo, hacer entender al usuario que es importante su opinión, que su reclamo va a mejorar la gestión del Hospital Loayza con una atención amable y cordial por parte del analista o personal de la Plataforma de Atención al Usuario.</p> <p>Es el principal responsable de gestionar el reclamo del usuario.</p>

	<p>Recibir al usuario, distribuyendo con el equipo de la Plataforma de Atención al Usuario según el turno y la disponibilidad del analista o personal.</p> <p>Asegurarse al término del turno que todos los casos están en el cuaderno de incidencias y/o cuaderno de interposición de buenos oficios si el reclamo fue resuelto con los datos del usuario.</p>
<b>GESTOR</b>	<p>Es el responsable de acercarse a los servicios para gestionar el reclamo suscitado por el usuario.</p> <p>Validar y verificar los datos o el acontecimiento dado por el usuario para dicha gestión.</p> <p>Adicionalmente, ante esta gestión si se brindó la verificación informar al receptor sobre lo acontecido para evitar un reclamo y dar solución a lo acontecido.</p>
<b>ANALIZADOR</b>	<p>El responsable debe monitorear los reclamos de los usuarios para ello utilizará el sistema del Hospital Loayza para la Plataforma de Atención al Usuario, en caso de que algún reclamo no haya sido respondido mediante un correo o llamado después de los días programados para la contestación del reclamo, para ello se comunicará con el usuario de una manera proactiva.</p>
<b>SEGUIMIENTO Y CONTROL</b>	<p>El responsable de seguimiento y control se encargará de que los reclamos sean gestionados a un plazo no mayor de 10 días hábiles calendarios, para ello el analista con el rol de receptor informará al usuario sobre los tiempos de contestación de 10 días hábiles calendarios y no en 30 días debido a la optimización de los tiempos por parte del Hospital Loayza.</p> <p>Resumir al finalizar la semana del rol, los reclamos pendientes y solucionados.</p> <p>Liderar la reunión con el responsable del área cada viernes en que finaliza el rol.</p>

Fuente: Elaboración propia



Figura 8: Procedimiento de la nueva mejora de respuesta de reclamo al usuario



Fuente: Elaboración propia

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN
<b>1era Comunicación con el usuario</b>	Cuando el reclamo está pendiente por qué se necesita alguna acción del usuario para continuar con la atención; si el usuario no contesta se envía un correo informando que nos tratamos de comunicar con él pero no hay respuesta
<b>2da Comunicación con el usuario</b>	Después de 4 horas los usuarios siguen sin responder el correo, volvemos a tratar de comunicarnos con él, en caso siga sin responder se envía otro correo de advertencia y se pone en copia a los responsables del área.
<b>3era Comunicación con el usuario</b>	Después de 4 horas el usuario sigue sin responder se procede con el archivamiento del reclamo.
<b>Envío de correo de archivamiento del reclamo</b>	Se envía un correo indicando que el reclamo se procederá a archivar ya que no se tiene respuesta para continuar con la atención, también se pone en copia a los responsables del área.

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°14 : Registro de reclamos

N	N° DE RECLAMO	EDAD	CONDICIÓN DEL ASEGURADO	CORREO ELECTRÓNICO	AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE RESPUESTA DE RECLAMO	DOMICILIO	TÉLEFONO FIJO O CELULAR	FECHA DE INGRESO DEL RECLAMO	FECHA DE VENCIMIENTO	DENOMINACIÓN DEL RECLAMO
1	N° 00760-2020	28	PARTICULAR	<a href="mailto:yulihza@hotmail.com">yulihza@hotmail.com</a>	SI	AV MARAÑON MZ 6 LOTE 8 LOS OLIVOS	945882136	23.12.2019	04.02.2020	IMPROCEDENTE
2	N° 00439-2020	42	SIS	<a href="mailto:yonnvrichardzavala@gmail.com">yonnvrichardzavala@gmail.com</a>	SI	CALLE SAN JOSE 610 URB. VILLACAMPA	996404342	01.01.2020	12.02.2020	IMPROCEDENTE
3	N° 00440-2020	54	PARTICULAR	<a href="mailto:carmenvergarau@gmail.com">carmenvergarau@gmail.com</a>	SI	PASAJE ARTURO CASTILLO 817 URB. LOS PINOS LIMA	4521668	02.01.2020	13.02.2020	CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD
4	N° 00441-2020	45	SIS	<a href="mailto:ladywicky2121@gmail.com">ladywicky2121@gmail.com</a>	SI	CALLE MELITON RODRIGUEZ 352	960321265	03.01.2020	14.02.2020	SERVICIOS DE ATENCIÓN AL ASEGURADO
5	N° 00442-2020	29	SIS	<a href="mailto:leoandrel@hotmail.com">leoandrel@hotmail.com</a>	SI	MANCO II 357 SAN MIGUEL	917497195	04.01.2020	14.02.2020	SERVICIOS DE ATENCIÓN AL ASEGURADO
6	N° 00761-2020	22	PARTICULAR	<a href="mailto:karlarosalozanohuarhua738@gmail.com">karlarosalozanohuarhua738@gmail.com</a>	SI	CALLE GIRO BELLO MZ F LOTE 21 URB. SAN IGNACIO DE LOYOLA SURCO	960279388	04.01.2020	14.02.2020	DISCONFORMIDAD CON EL TRATO RECIBIDO
7	N° 00762-2020	62	SIS	NO CONSIGNA	NO CONSIGNA	LAS BEGONIAS 2620 LINCE	995968566	06.01.2020	17.02.2020	DEMORA EN LA ENTREGA DE FORMATOS EN LA IPRESS
8	N° 00763-2020	50	SIS	<a href="mailto:teefis.18@hotmail.com">teefis.18@hotmail.com</a>	SI	CALLE LOS CIBELES 156 RIMAC	952806060	06.01.2020	17.02.2020	DISCONFORMIDAD CON EL TRATO RECIBIDO
9	N° 00764-2020	100	PARTICULAR	NO CONSIGNA	NO CONSIGNA	AV. AREQUIPA 3743 SAN ISIDRO	924660660	07.01.2020	18.02.2020	SERVICIOS DE ATENCIÓN AL ASEGURADO
10	N° 00443-2020	NO CONSIGNA	SIS	<a href="mailto:eblinmay@gmail.com">eblinmay@gmail.com</a>	SI	AV. ENRIQUE MEIGGS 2126 LIMA	999184578	08.01.2020	19.02.2020	DEMORA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

SERVICIO INVOLUCRADO	DESCRIPCIÓN BREVE	TRÁMITE DE RECLAMO / N° MEMO INICIAL	MEMO REITERATIVO	DESCARGO DEL AREA INVOLUCRADA	CATEGORIZACIÓN
IMPROCEDENTE	USUARIO NO PRECISA CON CLARIDAD EL CONTENIDO DE SU RECLAMO.	IMPROCEDENTE	IMPROCEDENTE	IMPROCEDENTE	IMPROCEDENTE
IMPROCEDENTE	USUARIO NO PRECISA CON CLARIDAD EL CONTENIDO DE SU RECLAMO.	IMPROCEDENTE	IMPROCEDENTE	IMPROCEDENTE	IMPROCEDENTE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	USUARIO INDICA QUE SU FAMILIAR DE UNO DE FEM EN EMERGENCIA SIN HABERLE COLOCADO EL YESO Y ALS VENDAS INDICADAS	MEMORANDO N° 002-PAUS-OGC-HNAL-2020 EMERGENCIA 08.01.2020	NO APLICA	MEMORANDO N° 43-2020-SE-DEYCC-HNAL EMERGENCIA 16.01.2020	INFUNDADO
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	USUARIA INDICA NO HAY DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	NO APLICA	NO APLICA	EL RESPONSABLE DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO, INDICA QUE HA REALIZADO LA CONSULTA DEL JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA QUIEN SEÑALA QUE LA NO DISPONIBILIDAD	FUNDADO
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	USUARIO INDICA QUE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DERIVARON PARA LA ATENCIÓN POR CONSULTORIO DEL SERVICIO DE	NO APLICA	NO APLICA	DEL CONTENIDO DEL RECLAMO SE DEPRENDE QUE EL USUARIO RECLAMANTE SÍ FUE ATENDIDO INICIALMENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y SI HABRÍA SIDO ORIENTADO PARA QUE ACUDA POR	INFUNDADO
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL	USUARIA INDICA TRATO INADECUADO POR PARTE DE LA ASISTENTE SOCIAL EVITA CURISINCHI AL MOMENTO DE SOLICITAR UN TICKET DE DESCUENTO.	MEMORANDO N° 004-PAUS-OGC-HNAL-2020 SERVICIO SOCIAL 07.01.2020	NO APLICA	INFORME N° 005-JSS-HNAL-2020 SERVICIO SOCIAL 09.01.2020	INFUNDADO
DIRECCIÓN ADJUNTA	USUARIA INDICA DEMORA EN LA EMISIÓN DE CERTIFICADO DE INACAPACIDAD	NOTA INFORMATIVA N° 001-PAUS-OGC-HNAL-2020 DIRECCIÓN ADJUNTA	NO APLICA	NOTA INFORMATIVA N° 014-CMCI-HNAL-2020 MEDICINA FISICA 17.01.2020	FUNDADO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	USUARIA INDICA MAL TRATO DE LAS ENFERMERAS MAGALY SANDOVAL Y ROSA MONTORO	MEMORANDO N° 003-PAUS-OGC-HNAL-2020 ENFERMERIA 07.01.2020	MEMORANDO N° 039-PAUS-OGC-HNAL-2020 ENFERMERIA	MEMORANDO N° 090-DE-HNAL-2020 ENFERMERIA 22.01.2020	INFUNDADO
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO	USUARIA INDICA NEGATIVA DE ACCESO AL SERVICIO DE EMERGENCIA POR PARTE DEL TRABAJADOR SR. SAAVEDRA PERSONAL	MEMORANDO N° 010-PAUS-OGC-HNAL-2020 OSG 08.01.2020	NO APLICA	MEMORANDO N° 0047-OSGM-OEA-HNAL/2020 SERVICIOS GENERALES 16.01.2020	INFUNDADO
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	USUARIO INDICA QUE EL DÍA MIÉRCOLES 08.01.2020 INGRESÓ POR EMERGENCIA ESPERANDO PARA LA ATENCIÓN DESDE LAS 9:00 HORAS HASTA LAS 11:18	NO APLICA	NO APLICA	EL RESPONSABLE DE LA PLATAFORMA DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO, REVISÓ LA HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE EMBILIN CRUZ, Y SE EVIDENCIA QUE FUE ATENDIDA EN EL	INFUNDADO

Fuente: Plataforma de Atención al Usuario

### 3.9.1.3. Etapa Control

#### Seguimiento de las órdenes de trabajo

El seguimiento de las órdenes de trabajo está orientado para monitorear el avance de los casos que se encuentran desde las 8am, por ello se tiene que verificar el estado de cada caso en tres cortes al día, primero a las 8:00 turno mañana, segundo a las 18:00 turno tarde y por último a las 23:00 turno noche; la siguiente tabla se visualiza los reclamos presentados.

Tabla N° 15: Seguimiento

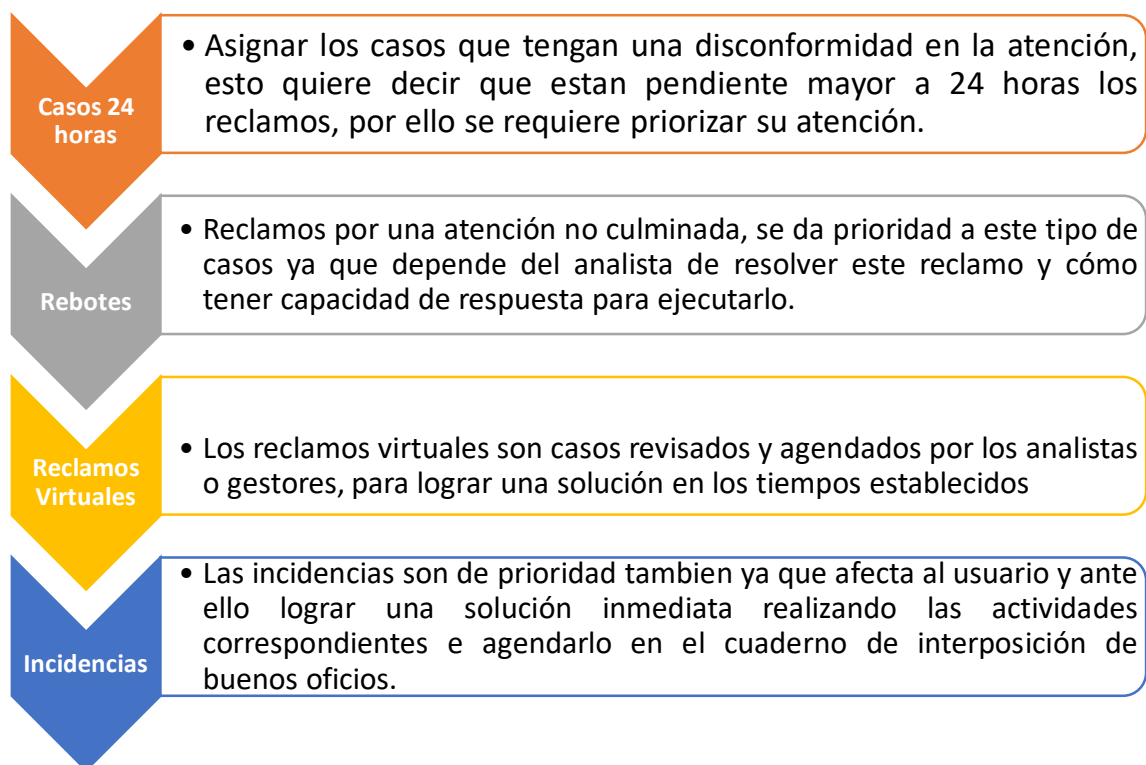
N° DE HOJA DE RESPUESTA	NOTIFICACIÓN AL USUARIO DEL RECOJO DE SU RESPUESTA	ENTREGA DEL FORMATO DE RESPUESTA	PLAZO DE RESPUESTA	FECHA DE LA ENTREGA DE RESPUESTA	TIEMPO	NOTIFICAR A D.G RECLAMOS PENDIENTES D
CARTA N° 0001-2020	09.01.2020 SE LLAMA A USUARIO PARA INDICAR, QUE YA TIENE RESPUESTA A SU RECLAMO-	CORREO ELECTRÓNICO	DENTRO DEL PLAZO	09.01.2020		NO APLICA
CARTA N° 0001-2020	09.01.2020 SE LLAMA A USUARIO PARA INDICAR, QUE YA TIENE RESPUESTA A SU RECLAMO-	CORREO ELECTRÓNICO	DENTRO DEL PLAZO	09.01.2020		NO APLICA
CARTA N° 0028-2020	22.01.2020 SE LLAMA A USUARIO PARA INDICAR, QUE YA TIENE RESPUESTA A SU RECLAMO	CORREO ELECTRÓNICO	DENTRO DEL PLAZO	27.01.2020		NO APLICA
CARTA N° 002-2020	09.01.2020 SE LLAMA A USUARIO PARA INDICAR, QUE YA TIENE RESPUESTA A SU RECLAMO	CORREO ELECTRÓNICO	DENTRO DEL PLAZO	09.01.2020		NO APLICA
CARTA N° 003-2020	09.01.2020 SE LLAMA A USUARIO PARA INDICAR, QUE YA TIENE RESPUESTA A SU RECLAMO	CORREO ELECTRÓNICO	DENTRO DEL PLAZO	09.01.2020		NO APLICA
CARTA N° 022-2020	15.01.2020 SE LLAMA A USUARIO PARA INDICAR, QUE YA TIENE RESPUESTA A SU RECLAMO	CORREO ELECTRÓNICO	DENTRO DEL PLAZO	15.01.2020		NO APLICA
CARTA N° 038-2020	28.01.2020 SE LLAMA A USUARIO PARA INDICAR, QUE YA TIENE RESPUESTA A SU RECLAMO	ENTREGA FÍSICA	DENTRO DEL PLAZO	29.01.2020		NO APLICA
CARTA N° 047-2020	28.01.2020 SE LLAMA A USUARIO PARA INDICAR, QUE YA TIENE RESPUESTA A SU RECLAMO	CORREO ELECTRÓNICO	DENTRO DEL PLAZO	28.01.2020		NO APLICA
CARTA N° 0031-2020	22.01.2020 SE LLAMA A USUARIO PARA INDICAR, QUE YA TIENE RESPUESTA A SU RECLAMO	COURIER	DENTRO DEL PLAZO	15.02.2020		NO APLICA
CARTA N° 089-2020	11.02.2020 SE LLAMA A USUARIO PARA INDICAR, QUE YA TIENE RESPUESTA A SU RECLAMO-	PENDIENTE	FUERA DE PLAZO			NO APLICA

Fuente: propia

#### 3.9.1.4. Etapa Actuar

##### Matriz de asignación


Para la asignación de casos a los analistas se muestra la siguiente matriz donde describe según el seguimiento, para así tener en cuenta que casos tiene que ser asignados y atendidos con prioridad.



Fuente: propia

Figura n°9 : Registro de órdenes de trabajo

**CARGO**



**PERÚ**  
Ministerio de Salud

Vicepresidencia  
de Planificación y  
Asesoramiento en Salud

Hospital Nacional  
Arzobispo Loayza

"Año de la Universalización de la Salud"

**INFORME N° 002 -PAUS -OGC-HNAL-2020**

**A :** Dra. Erica Ubaldo Borrovich  
**Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad (e)**

**DE :** Dr. Luis Chunga Ticse  
**Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario**

**ASUNTO :** Informe II SEMESTRE 2019 Reporte del Libro de Reclamaciones Físico, Libro de Reclamaciones Virtual, Reclamos ingresados por trámite documentario, Buzones de Sugerencias e Interposición de Buenos Oficios (IBOS)

**FECHA :** 06 de Enero del 2020

**MINISTERIO DE SALUD**  
**HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**  
Oficina de Gestión de Calidad

06 ENE. 2020

Hora: \_\_\_\_\_

RECIBIDO

Tengo a bien saludarla cordialmente y elevar a su despacho el Informe Reporte SEMESTRAL del Libro de Reclamaciones Físico, Libro de Reclamaciones Virtual, Reclamos ingresados por trámite documentario, Buzones de Sugerencias e Interposición de Buenos Oficios (IBOS) correspondiente a los meses de Julio, Agosto, Setiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2019 que han sido atendidos en la Plataforma de Atención al Usuario del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el II SEMESTRE 2019.

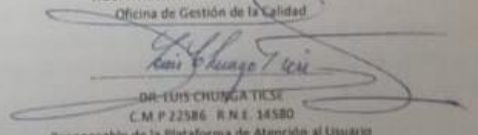
TIPO DE ACTIVIDAD DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO		N° RECLAMOS	N° BUZONES DE SUGERENCIAS	N° PEDIDO DE INTERVENCIÓN	N° REPORTE DE SERVICIOS	N° IBOS
RECLAMOS POR LIBRO DE RECLAMACIONES FÍSICO		392				
LIBRO DE RECLAMACIONES VIRTUAL	RECLAMOS	15				
	RECLAMOS POR DIRECCIÓN GENERAL	15				
RECLAMOS INGRESADOS POR TRÁMITE DOCUMENTARIO	QUEJAS (SUSALUD)	2				
	DENUNCIAS (SUSALUD)	37				
	INFORME INICIAL DE QUEJA (SUSALUD)	9				
BUZONES DE SUGERENCIAS			0			
INTERPOSICIÓN DE BUENOS OFICIOS (IBOS)						1,810
<b>TOTAL</b>		<b>470</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1,810</b>

FUENTE ELABORADO POR LA PAUS-2019 (cierre al corte del 02/01/2020)

Se informa a su despacho para conocimientos y fines

Atentamente

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
Oficina de Gestión de la Calidad

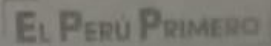


DR. LUIS CHUNGA TICSE  
C.M.P. 22586 R.N.E. 14580  
Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario

Se adjunta ( Folios)

CC: Archivo

EUB/LFCHT/gcm/





PERÚ

Ministerio  
de SaludVicepresidencia  
del Poder Ejecutivo  
y  
Gobierno de la NaciónMinisterio Nacional  
de Salud

**CUADRO N° 5. CONSOLIDADO DE CATEGORIZACIÓN SEGÚN RESPUESTAS DE LOS RECLAMOS INGRESADOS POR DIRECCIÓN GENERAL PERIODO JULIO- AGOSTO- SETIEMBRE 2020**

RECLAMOS INGRESADOS POR TRAMITE DOCUMENTARIO		N° DE RECLAMACIONES ATENDIDAS MES DE JULIO		N° DE RECLAMACIONES ATENDIDAS MES DE AGOSTO		N° DE RECLAMACIONES ATENDIDAS MES DE SETIEMBRE		TOTAL III TRIMESTRE			
		DENTRO DEL PLAZO	FUERA DEL PLAZO	DENTRO DEL PLAZO	FUERA DEL PLAZO	DENTRO DEL PLAZO	FUERA DEL PLAZO	DENTRO DEL PLAZO	FUERA DEL PLAZO		
		N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	%	N°	%
CON RESPUESTAS	FUNDADOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	INFUNDADOS	0	0	1	0	1	0	2	100.0	0	0.0
SIN RESPUESTA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
N° TOTAL		0	0	1	0	1	0	2	100.0	0	0.0

Fuente: Base de datos de Reclamaciones - OCG 2020.

**Cuadro 5.** Se ha recepcionado 2 reclamos por Dirección General, encontrándose con respuesta (2) 100.0%.

**CUADRO N° 6. CONSOLIDADO DE ATENCIÓN DE EXPEDIENTES SUSALUD PERIODO JULIO- AGOSTO- SETIEMBRE 2020**

EXPEDIENTES	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	TOTAL	
	N°	N°	N°	N°	%
ATENDIDAS	0	0	1	1	50.0
PENDIENTES	0	0	1	1	50.0
TOTAL	0	0	2	2	100%

Fuente: Base de datos excel reclamos 2020.

**Cuadro 6.** De los expedientes derivados por SUSALUD, se ha recepcionado 2 Denuncias derivadas de SUSALUD, quedando pendiente de respuesta 1 expediente.

#### 4. MEDICIÓN DE BUZONES DE SUGERENCIAS

Los Buzones de Sugerencias se encuentran implementados como mecanismo de soporte para la recolección de sugerencias del Usuario Externo en el HNAL. La Plataforma de Atención al Usuario cuenta con 47 buzones de sugerencias, de las cuales en el presente trimestre no se ha registrado ninguna sugerencia.


#### 5. MEDICIÓN DE INTERPOSICIONES BUENOS OFICIOS (IBOS) ATENDIDOS POR EL PERSONAL DE PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO – PERIODO JULIO - AGOSTO - SETIEMBRE 2020

La Interposición de Buenos Oficios tiene como objetivo mitigar los posibles reclamos y favorecer la satisfacción del usuario externo, dado que este mecanismo permite la gestión oportuna y rápida. En el presente Trimestre, debido a la coyuntura sanitaria la afluencia de usuarios ha disminuido y no se han registrado IBOS.



EL PERÚ PRIMERO





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Promoción y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

CUADRO N° 3. CONSOLIDADO DE CATEGORIZACIÓN DE LOS RECLAMOS VIRTUALES

SEGÚN RESPUESTA JULIO - AGOSTO - SETIEMBRE 2020

RECLAMOS VIRTUALES		N° DE RECLAMACIONES ATENDIDAS MES DE JULIO		N° DE RECLAMACIONES ATENDIDAS MES DE AGOSTO		N° DE RECLAMACIONES ATENDIDAS MES DE SETIEMBRE		TOTAL DE TRIMESTRE		
		DENTRO DEL PLAZO	FUERA DEL PLAZO	DENTRO DEL PLAZO	FUERA DEL PLAZO	DENTRO DEL PLAZO	FUERA DEL PLAZO	DENTRO DEL PLAZO		
		N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	%	N°
CON RESPUESTA	FUNDADOS	5	1	1	0	5	0	11	26.2	1
	INFUNDADOS	8	1	8	0	4	0	20	47.6	1
	SIN RESPUESTA	0	0	0	3	6	0	6	14.3	2
	SUB TOTAL	13	2	9	3	15	0	37	88.1	3
	TOTAL	15		12		15		42		

Fuente: Libro de Reclamaciones HNAI 2020

Fuente: Libro de Reclamaciones HNAL 2020

Cuadro 3. En el presente trimestre, se registraron 42 reclamos virtuales procedentes. Encontrándose con respuesta 12 reclamos fundados, 21 reclamo infundado, quedando pendientes de respuesta 9 reclamos dentro del plazo.

### 3. RECLAMOS INGRESADOS POR TRÁMITE DOCUMENTARIO

Dentro del cumplimiento de las Directivas administrativas que norma el trámite de atención de reclamaciones de usuarios externos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el III Trimestre, ingresaron 3 expedientes de los cuales el 100% estuvo relacionado con quejas y Denuncias.

CUADRO N° 4. CONSOLIDADO DE EXPEDIENTES INGRESADOS EN EL PERIODO JULIO- AGOSTO- SETIEMBRE 2020

EXPEDIENTES	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	TOTAL	
				N°	%
DENUNCIAS	0	0	2	2	50.0
RECLAMOS INGRESADOS POR DIRECCIÓN GENERAL	0	1	1	2	50.0
RECLAMOS DERIVADOS DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO	0	0	0	0	0.0
RECLAMOS DERIVADOS DE MINSA	0	0	0	0	0.0
INFORME INICIAL	0	0	0	0	0.0
	0	1	3	4	100

Fuente: Elaborado por la DGC-2020

Cuadro 4: Se puede observar que 4 expedientes ingresaron por trámite documental, siendo 2 Denuncias derivadas por SUSALUD y 02 reclamos ingresados por Dirección General.

Fuente: Plataforma de Atención al Usuario

## Recoger información después de la implementación

Se recolectarán los datos para realizar la medición del posttest y así comparar los resultados con el pretest después de la implementación.

### 3.9.2. Resultados de la mejora

#### DATOS POSTEST

Datos de la Variable Independiente: Ciclo de Deming

Indicador: Índice de cumplimiento de actividades (ICA)

Después de aplicar la mejora, para evaluar la etapa de planificación, se vuelve a evaluar desde el mes de agosto 2020 las actividades realizadas por los 6 analistas o gestores, para obtener el resultado promedio de actividades.

**Tabla n° 16: Registro de cumplimiento POSTEST**

FECHA	N° de activ. solicitados	N° de activ. realizados	N° de activ. desatendidos
1-Ago	8	9	1
2-Ago	8	8	0
3-Ago	8	9	1
4-Ago	9	8	0
5-Ago	9	9	0
6-Ago	8	9	1
7-Ago	7	9	2
8-Ago	7	8	1
9-Ago	8	9	1
10-Ago	8	9	1
11-Ago	8	9	1
12-Ago	8	9	1
13-Ago	9	9	0
14-Ago	9	9	0
15-Ago	7	8	1
16-Ago	9	9	0
17-Ago	9	9	0
18-Ago	7	8	1
19-Ago	7	9	2
20-Ago	8	8	0
21-Ago	8	8	0
22-Ago	8	8	0
23-Ago	9	9	0
24-Ago	9	9	0
25-Ago	8	8	0
26-Ago	7	8	1
27-Ago	8	9	1
28-Ago	8	9	1
29-Ago	8	9	1
30-Ago	7	9	2
31-Ago	7	9	2
PROMEDIO	8	9	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°17: Promedios de actividades post a la aplicación del Ciclo de Deming

	PROMEDIO
N° DE ACTIVIDADES SOLICITADOS	8
N° DE ACTIVIDADES REALIZADOS	9
N° DE ACTIVIDADES DESATENDIDOS	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla n° 18: Índice de cumplimiento de actividades (POSTEST)

FECHA	N° de activ. solicitados	N° total de actividades	ICA
1-Ago	8	9	0.89
2-Ago	8	9	0.89
3-Ago	8	9	0.89
4-Ago	9	9	1.00
5-Ago	9	9	1.00
6-Ago	8	9	0.89
7-Ago	7	9	0.78
8-Ago	7	9	0.78
9-Ago	8	9	0.89
10-Ago	8	9	0.89
11-Ago	8	9	0.89
12-Ago	8	9	0.89
13-Ago	9	9	1.00
14-Ago	9	9	1.00
15-Ago	7	9	0.78
16-Ago	9	9	1.00
17-Ago	9	9	1.00
18-Ago	7	9	0.78
19-Ago	7	9	0.78
20-Ago	8	9	0.89
21-Ago	8	9	0.89
22-Ago	8	9	0.89
23-Ago	9	9	1.00
24-Ago	9	9	1.00
25-Ago	8	9	0.89
26-Ago	7	9	0.78
27-Ago	8	9	0.89
28-Ago	8	9	0.89
29-Ago	8	9	0.89
30-Ago	7	9	0.78
31-Ago	7	9	0.78
PROMEDIO			0.89
%			89.00%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 18, se tiene como resultado, el promedio de actividades atendidas fue 7, 8 a 9; se concluye la mejora del indicador de cumplimiento de actividades en una mejora de 89%.

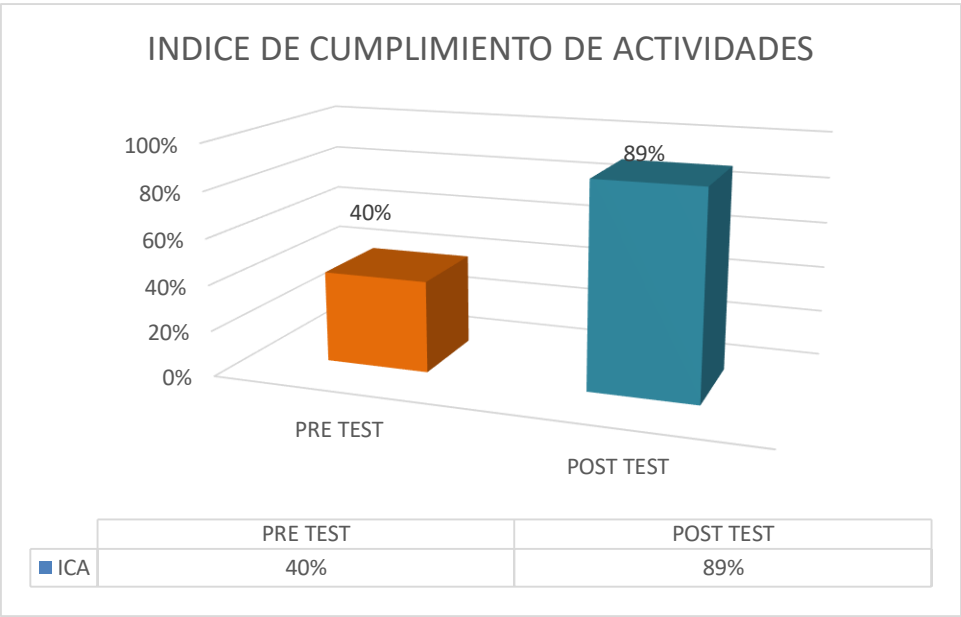
Tabla n° 19: Registro de cumplimiento de actividades Pretest y Postest

FECHA	N° de activ.	N° total de	ICA	FECHA	N° de activ.	N° total de	ICA
1-Ago	3	5	0.6	1-Ago	8	9	0.89
2-Ago	2	6	0.33	2-Ago	8	9	0.89
3-Ago	3	5	0.6	3-Ago	8	9	0.89
4-Ago	2	5	0.4	4-Ago	9	9	1.00
5-Ago	3	7	0.43	5-Ago	9	9	1.00
6-Ago	2	4	0.5	6-Ago	8	9	0.89
7-Ago	1	7	0.14	7-Ago	7	9	0.78
8-Ago	3	4	0.75	8-Ago	7	9	0.78
9-Ago	2	6	0.33	9-Ago	8	9	0.89
10-Ago	1	5	0.20	10-Ago	8	9	0.89
11-Ago	2	5	0.40	11-Ago	8	9	0.89
12-Ago	3	2	1.50	12-Ago	8	9	0.89
13-Ago	2	6	0.33	13-Ago	9	9	1.00
14-Ago	1	4	0.25	14-Ago	9	9	1.00
15-Ago	3	5	0.60	15-Ago	7	9	0.78
16-Ago	2	7	0.29	16-Ago	9	9	1.00
17-Ago	1	8	0.13	17-Ago	9	9	1.00
18-Ago	2	7	0.29	18-Ago	7	9	0.78
19-Ago	1	5	0.20	19-Ago	7	9	0.78
20-Ago	2	4	0.50	20-Ago	8	9	0.89
21-Ago	3	6	0.50	21-Ago	8	9	0.89
22-Ago	3	5	0.60	22-Ago	8	9	0.89
23-Ago	2	7	0.29	23-Ago	9	9	1.00
24-Ago	1	6	0.17	24-Ago	9	9	1.00
25-Ago	2	4	0.50	25-Ago	8	9	0.89
26-Ago	2	5	0.40	26-Ago	7	9	0.78
27-Ago	2	6	0.33	27-Ago	8	9	0.89
28-Ago	1	5	0.20	28-Ago	8	9	0.89
29-Ago	3	5	0.60	29-Ago	8	9	0.89
30-Ago	2	4	0.50	30-Ago	7	9	0.78
31-Ago	2	4	0.50	31-Ago	7	9	0.78
PROMEDIO			0.40	PROMEDIO			0.89
%			40	%			89

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 19, se compara el progreso después de aplicar la mejora, se junta los resultados del pre test y pos test antes de aplicar la mejora del cumplimiento de actividades en el área de Plataforma de Atención al Usuario es de 40% y después de aplicar la mejora subió a un 89%.

Figura n° 10: Resultado de registro de cumplimiento de actividades Pretest y Postest



















































Fuente: Elaboración propia

**Indicador: Índice de procedimientos establecidos en gestión POSTEST:**

Para determinar el procedimiento establecido en gestión, se muestra el formado de procedimientos realizados por el analista o gestor, la cual se recolectó los datos observando el proceso de atención que realizan los analistas o gestor; se registró aplicando el formato de Checklist, se registra 9 procedimientos la cual tienen que cumplir los 6 analistas del área.

Tabla n° 20: Checklist (POSTEST)

CHECK LIST POSTEST								
ITEM	PROCEDIMIENTOS DE GESTION	DESCRIPCION DEL PROCESO	A1	A2	A3	A4	A5	A6
1	VALIDAMOS DATOS DEL USUARIO							
1.1	VERIFICAR N° DE HISTORIA CLÍNICA	PARA CONSTATAR DATOS DEL USUARIO AL MOMENTO DE PRESENTAR SU RECLAMO						
1.2	N° DNI	PARA VERIFICAR LA IDENTIDAD Y EDAD DEL USUARIO						
1.3	CORREO Y N° DE CELULAR DEL USUARIO	PARA DAR RESPUESTA A SU RECLAMO						
2	ATENCIÓN DE RECLAMOS							
2.1	SE CONSTA EL PROBLEMA	PARA SABER LA MAGNITUD DEL RECLAMO Y PARA EVIDENCIAR LO SUCEDIDO						
2.2	SEGUIMIENTO DEL RECLAMO	ESTO ES PARA CONSTATAR EN QUE ÁREA, CONSULTORIO, SERVICIO O UNIDAD QUE HALLA SUCEDIDO						
3	SOLUCIONAMOS RECLAMOS							
3.1	PLAZOS ESTABLECIDOS 15 DIAS	SE DA SOLUCION A LOS RECLAMOS A NO MENOR DE 15 DIAS						
4	RESPUESTA AL RECLAMO							
4.1	SE RESPONDE AL CORREO	SE RESPONDE AL CORREO DEL USUARIO EN 15 DIAS						
4.2	SE LLAMA AL USUARIO	SE LLAMA AL USUARIO EN 15 DIAS						
5	REGISTRO Y ARCHIVAMIENTO							
5.1	SE ARCHIVA EN 15 DIAS	SE ARCHIVA EN 15 DIAS LUEGO DE LA RESPUESTA EMITIDA						

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 21: Índice de Procedimientos establecidos en Gestión

Formato de Procedimientos Realizados por los Analistas de Nivel Avanzado (POSTEST)							
Analistas	A1	A2	A3	A4	A5	A6	PROMEDIO
9 PROCEDIMIENTOS	9	7	8	8	9	7	8

$$IPE = \frac{8}{9} \times 100\% = 88\%$$

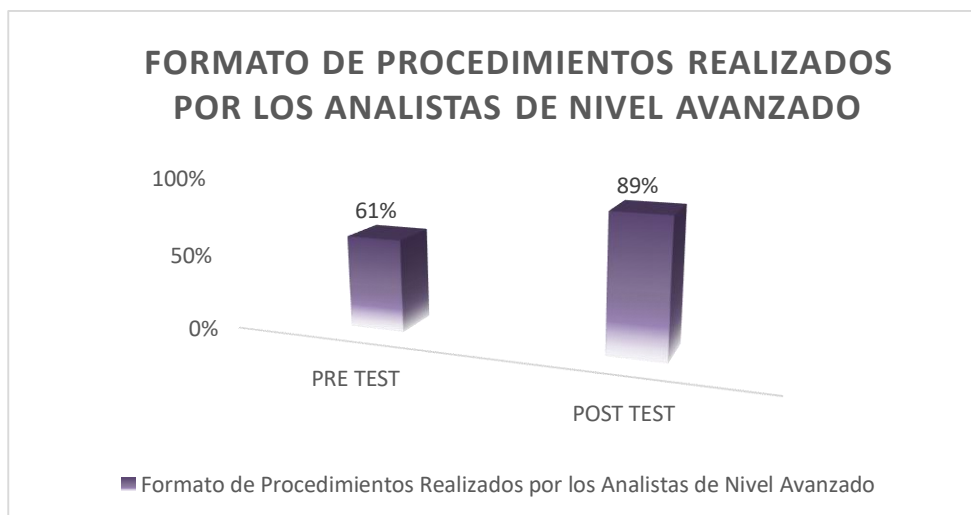
En la tabla 21, el indicador de evaluar el seguimiento de los procedimientos establecidos evalúa a cada analista o gestor cuantos del procedimiento cumplían; después de aplicar la mejora subió a un 88%; ya que antes de aplicar la mejora solo se cumplía un 61%.

Tabla n° 22: Procedimientos realizados por los analistas Pretest y Postest

Formato de Procedimientos Realizados por los Analistas de Nivel Avanzado (PRETEST)							
Analistas	A1	A2	A3	A4	A5	A6	PROMEDIO
9 PROCEDIMIENTOS	7	6	5	4	6	5	5.5
Formato de Procedimientos Realizados por los Analistas de Nivel Avanzado (POSTEST)							
Analistas	A1	A2	A3	A4	A5	A6	PROMEDIO
9 PROCEDIMIENTOS	9	7	8	8	9	7	8

Fuente: Elaboración propia

Figura n° 11 : Resultado Procedimientos Realizados por los Analistas Pretest y Postest



Fuente: Elaboración propia

**Indicador:** Índice de Registro de seguimiento de órdenes de trabajo (ISOT)

Se muestra un cuadro comparativo de órdenes de trabajo registrados a diario después de aplicar la mejora continua mes de agosto del 2020, cuando de esos casos se cierran y de ellos los reclamos pendientes mayor de 24 horas, dicho caso tiene que ser puesto en el cuaderno de IBOS (Interposición de Buenos Oficios).

Tabla n° 23: Registro de seguimiento de órdenes de trabajo (POSTEST)

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE ORDENES DE TRABAJO (POSTEST)						
FECHA	RECLAMOS REGISTRADOS	RECLAMOS CERRADOS	CASOS PENDIENTES > 24H	IBOS > 24H	TOTAL IBOS POR COMPLETAR	%SEGUIMIENTO
1-Ago	14	7	7	4	3	43%
2-Ago	13	9	4	2	2	50%
3-Ago	10	8	2	1	1	50%
4-Ago	11	6	5	3	2	40%
5-Ago	11	8	3	2	1	33%
6-Ago	12	7	5	3	2	40%
7-Ago	9	7	2	1	1	50%
8-Ago	16	9	7	5	2	29%
9-Ago	14	8	6	2	4	66%
10-Ago	11	7	4	3	1	25%
11-Ago	8	5	3	2	1	33%
12-Ago	14	7	7	4	3	43%
13-Ago	14	7	7	5	2	29%
14-Ago	13	5	8	3	5	63%
15-Ago	9	7	2	1	1	50%
16-Ago	14	8	6	3	3	50%
17-Ago	11	8	3	2	1	33%
18-Ago	12	8	4	2	2	50%
19-Ago	13	5	8	3	5	63%
20-Ago	11	5	6	2	4	67%
21-Ago	9	7	2	1	1	50%
22-Ago	9	4	5	1	4	80%
23-Ago	14	11	3	1	2	67%
24-Ago	10	8	2	1	1	50%
25-Ago	9	7	2	1	1	50%
26-Ago	13	6	7	2	5	71%
27-Ago	14	9	5	4	1	75%
28-Ago	10	7	3	1	2	67%
29-Ago	11	7	4	3	1	25%
30-Ago	10	8	2	1	1	50%
31-Ago	9	9	4	3	1	25%

Fuente:

Elaboración propia

Se tiene como resultado de la ficha de seguimiento, el porcentaje de seguimiento es un 48%, ya que lo que resta son los IBOS la cual tienen mayor a 24 horas y tienen que ser atendidos.

$$ISOT = \frac{138 - 72}{138} \times 100\% = 48\%$$



En la tabla 23 se muestra el resultado de seguimiento de los casos registrados en el área de operaciones a diario, se muestra en el pretest y posttest para comparar los resultados

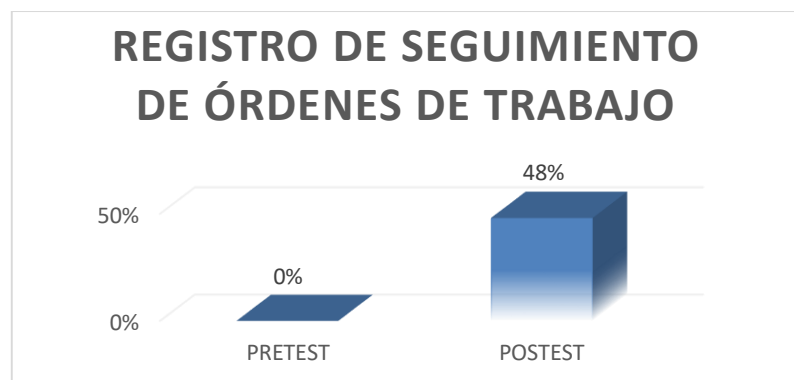
Tabla n° 24 : Registro de seguimiento de órdenes de trabajo de Pretest y Posttest

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE ORDENES DE TRABAJO (PRETEST)				REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE ORDENES DE TRABAJO (POSTEST)			
FECHA	IBOS > 24H	TOTAL IBOS	%SEGUIMIENTO	FECHA	IBOS > 24H	TOTAL IBOS POR COMPLETAR	%SEGUIMIENTO
1-Oct	0	0	0%	1-Ago	4	3	43%
2-Oct	0	0	0%	2-Ago	2	2	50%
3-Oct	0	0	0%	3-Ago	1	1	50%
4-Oct	0	0	0%	4-Ago	3	2	40%
5-Oct	0	0	0%	5-Ago	2	1	33%
6-Oct	0	0	0%	6-Ago	3	2	40%
7-Oct	0	0	0%	7-Ago	1	1	50%
8-Oct	0	0	0%	8-Ago	5	2	29%
9-Oct	0	0	0%	9-Ago	2	4	66%
10-Oct	0	0	0%	10-Ago	3	1	25%
11-Oct	0	0	0%	11-Ago	2	1	33%
12-Oct	0	0	0%	12-Ago	4	3	43%
13-Oct	0	0	0%	13-Ago	5	2	29%
14-Oct	0	0	0%	14-Ago	3	5	63%
15-Oct	0	0	0%	15-Ago	1	1	50%
16-Oct	0	0	0%	16-Ago	3	3	50%
17-Oct	0	0	0%	17-Ago	2	1	33%
18-Oct	0	0	0%	18-Ago	2	2	50%
19-Oct	0	0	0%	19-Ago	3	5	63%
20-Oct	0	0	0%	20-Ago	2	4	67%
21-Oct	0	0	0%	21-Ago	1	1	50%
22-Oct	0	0	0%	22-Ago	1	4	80%
23-Oct	0	0	0%	23-Ago	1	2	67%
24-Oct	0	0	0%	24-Ago	1	1	50%
25-Oct	0	0	0%	25-Ago	1	1	50%
26-Oct	0	0	0%	26-Ago	2	5	71%
27-Oct	0	0	0%	27-Ago	4	1	75%
28-Oct	0	0	0%	28-Ago	1	2	67%
29-Oct	0	0	0%	29-Ago	3	1	25%
30-Oct	0	0	0%	30-Ago	1	1	50%
31-Oct	0	0	0%	31-Ago	3	1	25%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se muestra el resultado de las tablas de seguimiento, pretest es de 0% de seguimiento y después de la aplicación aumentó en un 48%.

Figura n°12: Resultado registro de seguimiento de órdenes de trabajo Pretest y Posttest



Fuente: Elaboración propia

**Indicador:** Índice de atenciones por analista del área de Plataforma de Atención al Usuario (EBP)

Después de aplicar la mejora continua se mide las órdenes de trabajo asignadas y cuantos de ellos se logran atender, esta se realiza para validar si cumplen con todas las tareas asignadas a diario, se toma muestra del mes de agosto 2020.

Tabla n°25: Registro de atención de servicio por analista (POSTEST)

REGISTRO DE ATENCIÓN DE SERVICIO POR ANALISTA (POSTEST)															
FECHA	ASIGNADOS						ATENDIDOS						TOTAL ASIGNADOS	TOTAL ATENDIDOS	%
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A1	A2	A3	A4	A5	A6			
1-Ago	5	5	5	5			5	5	5	3			20	18	90%
2-Ago			5	5	5	5			5	5	5	4	20	19	95%
3-Ago		5	5	5	5			4	5	5	5		20	19	95%
4-Ago	5	5	5	5			5	5	4	4			20	18	90%
5-Ago		5	5	5	5			5	5	4	4		20	18	90%
6-Ago			5	5	5	5			4	4	5	5	20	18	90%
7-Ago	5	5	5	5			5	5	5	3			20	18	90%
8-Ago	5	5			5	5	4	5			4	5	20	18	90%
9-Ago		5	5	5	5			5	5	5	4		20	19	95%
10-Ago	5	5	5	5			5	5	4	3			20	17	85%
11-Ago		5	5	5	5			5	4	4	4		20	17	85%
12-Ago			5	5	5	5			5	4	4	3	20	16	80%
13-Ago	5	5	5	5			4	4	5	3			20	16	80%
14-Ago			5	5	5	5			5	5	4	5	20	19	95%
15-Ago		5	5	5	5			5	5	4	5		20	19	95%
16-Ago	5	5	5	5			5	5	5	3			20	18	90%
17-Ago		5	5	5	5			3	3	4	5		20	15	75%
18-Ago		5	5		5	5		5	5		4	4	20	18	90%
19-Ago	5	5	5	5			5	4	4	3			20	16	80%
20-Ago			5	5	5	5			3	5	4	3	20	15	75%
21-Ago		5	5	5	5			4	5	5	3		20	17	85%
22-Ago	5	5			5		4	4			5		15	13	87%
23-Ago		5	5	5	5			5	5	4	4		20	18	90%
24-Ago		5	5	5		5		5	4	4		3	20	16	80%
25-Ago	5	5	5	5			3	4	4	5			20	16	80%
26-Ago			5	5	5	5			5	5	4	3	20	17	85%
27-Ago		5	5	5	5			5	4	4	5		20	18	90%
28-Ago	5	5	5	5	5		3	3	4	4	4		25	18	72%
29-Ago		5	5	5	5			4	4	5	5		20	18	90%
30-Ago		5	5		5	5		5	5		4	4	20	18	90%
31-Ago	5	5					5	4					10	9	90%

Fuente: Elaboración propia

$$IBP = \frac{529}{610} \times 100\% = 87\%$$

Para determinar la atención de seguimiento se obtuvo un total de órdenes de trabajo asignadas en general de un mes, la cual se obtuvo que un total de 610 casos asignados y el total de casos atendidos fue de 529; la cual se observa que el indicador de atenciones mejoró en un 87%.

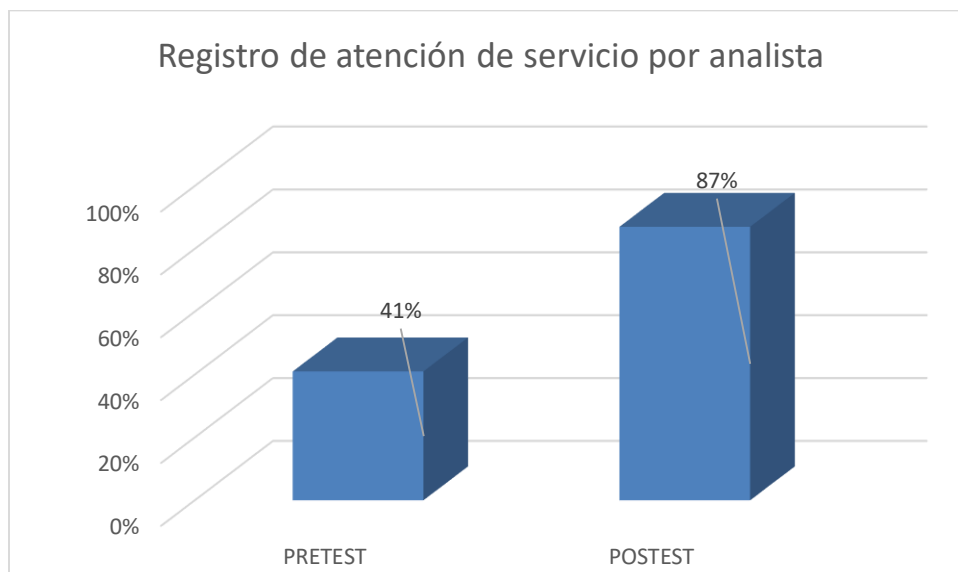
Tabla n° 26: Registro de atención de servicio por analista Pretest y Postest

REGISTRO DE ATENCIÓN DE SERVICIO POR ANALISTA (PRETEST)				REGISTRO DE ATENCIÓN DE SERVICIO POR ANALISTA (POSTEST)			
FECHA	TOTAL ASIGNADOS	TOTAL ATENDIDOS	%	FECHA	TOTAL ASIGNADOS	TOTAL ATENDIDOS	%
1-Oct	20	8	40%	1-Ago	20	18	90%
2-Oct	20	10	50%	2-Ago	20	19	95%
3-Oct	20	9	45%	3-Ago	20	19	95%
4-Oct	20	7	35%	4-Ago	20	18	90%
5-Oct	20	9	45%	5-Ago	20	18	90%
6-Oct	20	8	40%	6-Ago	20	18	90%
7-Oct	20	7	35%	7-Ago	20	18	90%
8-Oct	20	7	35%	8-Ago	20	18	90%
9-Oct	20	8	40%	9-Ago	20	19	95%
10-Oct	20	9	45%	10-Ago	20	17	85%
11-Oct	20	10	50%	11-Ago	20	17	85%
12-Oct	20	8	40%	12-Ago	20	16	80%
13-Oct	20	8	40%	13-Ago	20	16	80%
14-Oct	20	11	55%	14-Ago	20	19	95%
15-Oct	20	8	40%	15-Ago	20	19	95%
16-Oct	20	6	30%	16-Ago	20	18	90%
17-Oct	20	7	35%	17-Ago	20	15	75%
18-Oct	20	6	30%	18-Ago	20	18	90%
19-Oct	20	10	50%	19-Ago	20	16	80%
20-Oct	20	11	55%	20-Ago	20	15	75%
21-Oct	20	8	40%	21-Ago	20	17	85%
22-Oct	15	7	47%	22-Ago	15	13	87%
23-Oct	20	7	35%	23-Ago	20	18	90%
24-Oct	20	8	40%	24-Ago	20	16	80%
25-Oct	20	9	45%	25-Ago	20	16	80%
26-Oct	20	7	35%	26-Ago	20	17	85%
27-Oct	20	9	45%	27-Ago	20	18	90%
28-Oct	25	7	28%	28-Ago	25	18	72%
29-Oct	20	5	25%	29-Ago	20	18	90%
30-Oct	20	8	40%	30-Ago	20	18	90%
31-Oct	10	8	80%	31-Ago	10	9	90%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 26, muestra que el promedio de casos asignados a los analistas o gestores obtenidos en el pretest es de 41% posterior a la aplicación de la mejora continua pasó a ser un 87%, quiere decir que los resultados obtenidos del proceso de asignación aumentaron porcentualmente.

Figura n° 13: resultado registro de atención de servicio por analista Pretest y Postest



Fuente: Elaboración propia

#### **Datos de la variable Dependiente: Calidad de servicio**

Los datos relacionados con la variable dependiente fueron dados durante tres meses, se muestra los datos necesarios para determinar la capacidad de respuesta y empatía en el área de Plataforma de Atención al Usuario.

**Indicador:** Capacidad de respuesta

En la tabla 25 se observa los datos de tres meses de julio, agosto y septiembre del 2020, los datos diarios de casos atendidos y tasa de reclamos registradas.

Tabla n° 27: Resultado registro de índice de reclamos por analista Postest

Registro de Reclamos (POSTEST)				
FECHA	CASOS ATENDIDOS	TASA DE RECLAMOS	% DE RECLAMOS	CAPACIDAD DE RESPUESTA
1-Ago	22	7	32%	68%
2-Ago	19	5	26%	74%
3-Ago	19	6	32%	68%
4-Ago	18	5	28%	72%
5-Ago	18	6	33%	67%
6-Ago	18	6	33%	67%
7-Ago	18	7	39%	61%
8-Ago	18	6	33%	67%
9-Ago	19	5	26%	74%
10-Ago	24	9	38%	63%
11-Ago	20	8	40%	60%
12-Ago	23	7	30%	70%
13-Ago	22	8	36%	64%
14-Ago	19	6	32%	68%
15-Ago	19	7	37%	63%
16-Ago	18	6	33%	67%
17-Ago	20	5	25%	75%
18-Ago	18	6	33%	67%
19-Ago	26	7	27%	73%
20-Ago	24	6	25%	75%
21-Ago	17	8	47%	53%
22-Ago	20	5	25%	75%
23-Ago	22	5	23%	77%
24-Ago	20	7	35%	65%
25-Ago	22	6	27%	73%
26-Ago	17	7	41%	59%
27-Ago	24	5	21%	79%
28-Ago	22	8	36%	64%
29-Ago	18	9	50%	50%
30-Ago	18	5	28%	72%
31-Ago	22	8	36%	64%
1-Set	17	7	41%	59%
2-Set	18	8	44%	56%
3-Set	18	9	50%	50%
4-Set	19	7	37%	63%
5-Set	20	7	35%	65%
6-Set	23	6	26%	74%
7-Set	18	5	28%	72%
8-Set	18	8	44%	56%
9-Set	19	6	32%	68%
10-Set	23	8	35%	65%
11-Set	15	9	60%	40%
12-Set	24	7	29%	71%
13-Set	20	8	40%	60%
14-Set	17	6	35%	65%
15-Set	17	7	41%	59%
16-Set	18	5	28%	72%
17-Set	18	5	28%	72%
18-Set	19	4	21%	79%
19-Set	24	7	29%	71%
20-Set	23	9	39%	61%
21-Set	25	8	32%	68%
22-Set	22	4	18%	82%
23-Set	20	8	40%	60%
24-Set	22	6	27%	73%
25-Set	25	6	24%	76%
26-Set	19	4	21%	79%
27-Set	20	5	25%	75%
28-Set	24	6	25%	75%
29-Set	25	5	20%	80%
30-Set	23	4	17%	83%
1-Oct	22	4	18%	82%
2-Oct	22	6	27%	73%
3-Oct	19	6	32%	68%
4-Oct	19	7	37%	63%
5-Oct	22	6	27%	73%
6-Oct	24	6	25%	75%
7-Oct	24	8	33%	67%
8-Oct	20	7	35%	65%
9-Oct	19	5	26%	74%
10-Oct	25	5	20%	80%
11-Oct	20	7	35%	65%
12-Oct	18	7	39%	61%
13-Oct	19	5	26%	74%
14-Oct	20	8	40%	60%
15-Oct	20	4	20%	80%
16-Oct	19	5	26%	74%
17-Oct	22	6	27%	73%
18-Oct	20	8	40%	60%
19-Oct	23	7	30%	70%
20-Oct	22	8	36%	64%
21-Oct	19	5	26%	74%
22-Oct	20	8	40%	60%
23-Oct	22	6	27%	73%
24-Oct	22	4	18%	82%
25-Oct	20	8	40%	60%
26-Oct	25	8	32%	68%
27-Oct	23	5	22%	78%
28-Oct	19	9	47%	53%
29-Oct	19	7	37%	63%
30-Oct	19	7	37%	63%
31-Oct	23	7	30%	70%

Fuente:

Elaboración

propia

$$IRA = 1 - \frac{594}{1887} \times 100\% = 70\%$$

En la tabla 27 se muestra que la tasa de reclamos en la pretest es de un 54%. Posterior a la aplicación de Deming pasó a ser a un 70%, quiere decir que los resultados

obtenidos es que la tasa de reclamos tiene que disminuir para aumentar la capacidad de respuesta del analista a través de la toma de decisiones de la Plataforma de Atención al Usuario.

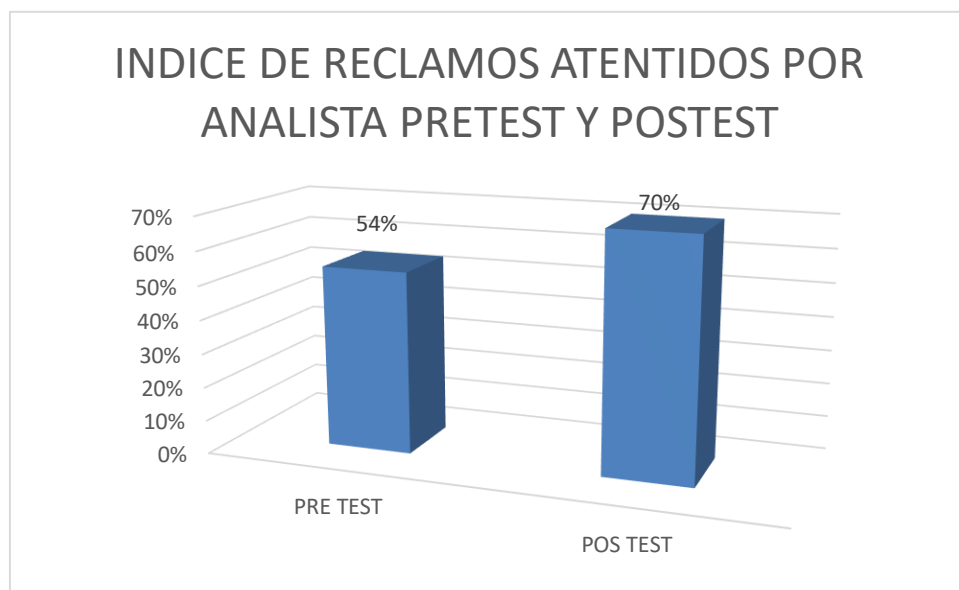
Tabla n° 28: Resultado comparativo de índice de reclamos por analista Pretest y Posttest

Registro de Reclamos (PRETEST)		Registro de Reclamos (POSTEST)	
FECHA	CAPACIDAD DE RESPUESTA	FECHA	CAPACIDAD DE RESPUESTA
1-Oct	36%	1-Ago	68%
2-Oct	53%	2-Ago	74%
3-Oct	60%	3-Ago	68%
4-Oct	75%	4-Ago	72%
5-Oct	65%	5-Ago	67%
6-Oct	56%	6-Ago	67%
7-Oct	44%	7-Ago	61%
8-Oct	53%	8-Ago	67%
9-Oct	44%	9-Ago	74%
10-Oct	40%	10-Ago	63%
11-Oct	40%	11-Ago	60%
12-Oct	53%	12-Ago	70%
13-Oct	58%	13-Ago	64%
14-Oct	50%	14-Ago	68%
15-Oct	53%	15-Ago	63%
16-Oct	40%	16-Ago	67%
17-Oct	57%	17-Ago	75%
18-Oct	47%	18-Ago	67%
19-Oct	44%	19-Ago	73%
20-Oct	40%	20-Ago	75%
21-Oct	35%	21-Ago	53%
22-Oct	45%	22-Ago	75%
23-Oct	50%	23-Ago	77%
24-Oct	50%	24-Ago	65%
25-Oct	50%	25-Ago	73%
26-Oct	40%	26-Ago	59%
27-Oct	65%	27-Ago	79%
28-Oct	71%	28-Ago	64%
29-Oct	44%	29-Ago	50%
30-Oct	60%	30-Ago	72%
31-Oct	53%	31-Ago	64%
1-Nov	36%	1-Set	59%
2-Nov	54%	2-Set	56%
3-Nov	40%	3-Set	50%
4-Nov	56%	4-Set	63%
5-Nov	47%	5-Set	65%
6-Nov	60%	6-Set	74%
7-Nov	31%	7-Set	72%
8-Nov	55%	8-Set	56%
9-Nov	55%	9-Set	68%
10-Nov	56%	10-Set	65%
11-Nov	68%	11-Set	40%
12-Nov	55%	12-Set	71%
13-Nov	47%	13-Set	60%
14-Nov	67%	14-Set	65%
15-Nov	63%	15-Set	59%
16-Nov	69%	16-Set	72%
17-Nov	33%	17-Set	72%
18-Nov	79%	18-Set	79%
19-Nov	65%	19-Set	71%
20-Nov	50%	20-Set	61%
21-Nov	25%	21-Set	68%
22-Nov	58%	22-Set	82%
23-Nov	60%	23-Set	60%
24-Nov	60%	24-Set	73%
25-Nov	58%	25-Set	76%
26-Nov	47%	26-Set	79%
27-Nov	67%	27-Set	75%
28-Nov	53%	28-Set	75%
29-Nov	60%	29-Set	80%
30-Nov	55%	30-Set	83%
1-Dic	61%	1-Oct	82%
2-Dic	55%	2-Oct	73%
3-Dic	62%	3-Oct	68%
4-Dic	53%	4-Oct	63%
5-Dic	60%	5-Oct	73%
6-Dic	43%	6-Oct	75%
7-Dic	36%	7-Oct	67%
8-Dic	50%	8-Oct	65%
9-Dic	55%	9-Oct	74%
10-Dic	64%	10-Oct	80%
11-Dic	56%	11-Oct	65%
12-Dic	71%	12-Oct	61%
13-Dic	38%	13-Oct	74%
14-Dic	64%	14-Oct	60%
15-Dic	55%	15-Oct	80%
16-Dic	61%	16-Oct	74%
17-Dic	53%	17-Oct	73%
18-Dic	69%	18-Oct	60%
19-Dic	57%	19-Oct	70%
20-Dic	69%	20-Oct	64%
21-Dic	43%	21-Oct	74%
22-Dic	50%	22-Oct	60%
23-Dic	65%	23-Oct	73%
24-Dic	57%	24-Oct	82%
25-Dic	75%	25-Oct	60%
26-Dic	63%	26-Oct	68%
27-Dic	43%	27-Oct	78%
28-Dic	31%	28-Oct	53%
29-Dic	58%	29-Oct	63%
30-Dic	54%	30-Oct	63%
31-Dic	55%	31-Oct	70%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 28, se muestra que el indicador de capacidad de respuesta al usuario del área de Plataforma de Atención al Usuario, se observó que durante el desarrollo de las actividades diarias de las órdenes de trabajos realizadas, se registra como valor de 54%, por consiguiente después de la implementación de la mejora continua se ve que el valor incrementa en un 70%, es decir que a través de ciclo de Deming hay una mejora para el indicador de capacidad de respuesta.

Figura N° 14: Índice de reclamos atendidos por analista pretest y posttest



Fuente: propia

### **Indicador: Empatía**

El indicador de empatía del área de Plataforma de Atención al Usuario se observó durante el desarrollo de las actividades diarias de las órdenes de trabajo generadas y solucionadas dentro del acuerdo del servicio se observó la mejora de empatía.

Tabla n° 29: Órdenes de reclamos atendidos dentro del servicio



Registro órdenes de reclamos atendidos dentro del servicio (POSTEST)			
FECHA	TOTAL DE ORDEN DE RECLAMOS	TOTAL DE ATENCIONES	% DE ATENCIONES
1-Ago	18	12	67%
2-Ago	17	14	82%
3-Ago	19	18	95%
4-Ago	20	17	85%
5-Ago	20	15	75%
6-Ago	18	14	78%
7-Ago	16	12	75%
8-Ago	19	11	58%
9-Ago	14	10	71%
10-Ago	15	13	87%
11-Ago	17	14	82%
12-Ago	18	9	50%
13-Ago	19	11	58%
14-Ago	10	8	80%
15-Ago	15	10	67%
16-Ago	20	14	70%
17-Ago	20	14	70%
18-Ago	17	9	53%
19-Ago	16	10	63%
20-Ago	18	13	72%
21-Ago	14	11	79%
22-Ago	14	9	64%
23-Ago	17	14	82%
24-Ago	17	15	88%
25-Ago	19	10	53%
26-Ago	20	14	70%
27-Ago	18	13	72%
28-Ago	14	11	79%
29-Ago	16	12	75%
30-Ago	16	9	56%
31-Ago	18	13	72%
1-Set	17	13	76%
2-Set	18	14	78%
3-Set	19	13	68%
4-Set	20	17	85%
5-Set	15	9	60%
6-Set	16	14	88%
7-Set	17	12	71%
8-Set	16	12	75%
9-Set	16	10	63%
10-Set	18	14	78%
11-Set	18	14	78%
12-Set	19	17	89%
13-Set	10	8	80%
14-Set	13	9	69%
15-Set	18	14	78%
16-Set	18	15	83%
17-Set	19	17	89%
18-Set	20	13	65%
19-Set	10	7	70%
20-Set	11	8	73%
21-Set	14	9	64%
22-Set	17	14	82%
23-Set	17	14	82%
24-Set	19	15	79%
25-Set	19	16	84%
26-Set	17	10	59%
27-Set	17	14	82%
28-Set	18	15	83%
29-Set	20	13	65%
30-Set	17	13	76%
1-Oct	18	15	83%
2-Oct	17	11	65%
3-Oct	14	11	79%
4-Oct	15	9	60%
5-Oct	16	8	50%
6-Oct	17	14	82%
7-Oct	14	9	64%
8-Oct	17	13	76%
9-Oct	15	11	73%
10-Oct	18	17	94%
11-Oct	15	12	80%
12-Oct	14	9	64%
13-Oct	19	10	53%
14-Oct	15	10	67%
15-Oct	20	14	70%
16-Oct	20	16	80%
17-Oct	18	16	89%
18-Oct	18	10	56%
19-Oct	17	9	53%
20-Oct	17	11	65%
21-Oct	19	11	58%
22-Oct	18	15	83%
23-Oct	15	10	67%
24-Oct	16	14	88%
25-Oct	10	7	70%
26-Oct	13	9	69%
27-Oct	15	11	73%
28-Oct	14	9	64%
29-Oct	20	14	70%
30-Oct	18	10	56%
31-Oct	18	10	56%

Fuente: Elaboración propia

$$TOA = \frac{1117}{1542} \times 100\% = 72\%$$

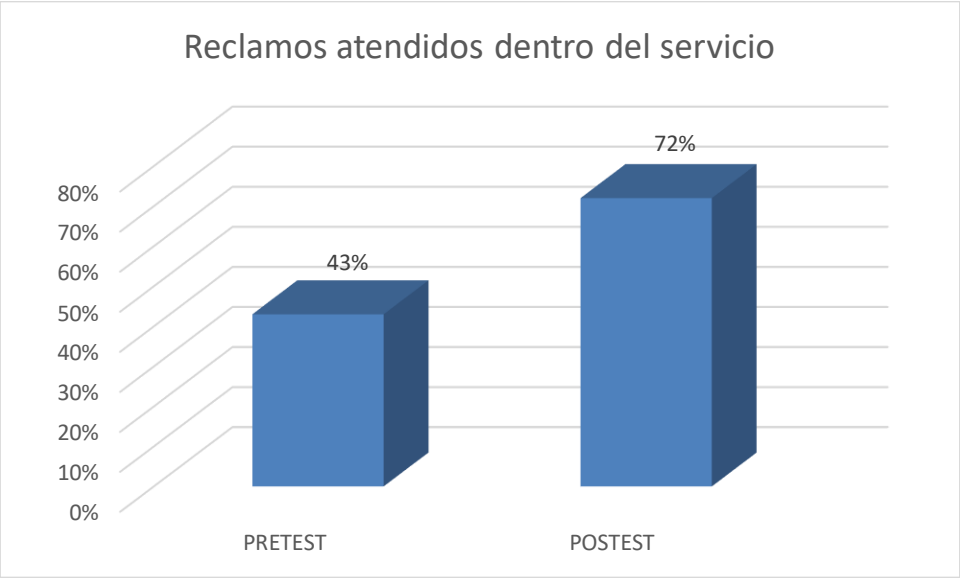
En la tabla 29 se muestra porcentaje de órdenes de reclamos solucionados durante el acuerdo del servicio en el pretest es de 43%, posterior a la aplicación de Deming de las órdenes de trabajos atendidos durante el acuerdo de servicio pasó a ser un 72%, lo que significa que el indicador empatía aumentó en 29 puntos porcentuales.

Tabla n° 30: Resultado comparativo de reclamos atendidos dentro del servicio Pretest y Postest

Registro órdenes de reclamos atendidos dentro del servicio (PRETEST)			Registro órdenes de reclamos atendidos dentro del servicio (POSTEST)		
FECHA	TOTAL DE ATENCIONES	% DE ATENCIONES	FECHA	TOTAL DE ATENCIONES	% DE ATENCIONES
1-Oct	9	56%	1-Ago	12	67%
2-Oct	8	47%	2-Ago	14	82%
3-Oct	6	55%	3-Ago	18	95%
4-Oct	5	31%	4-Ago	17	85%
5-Oct	6	33%	5-Ago	15	75%
6-Oct	7	37%	6-Ago	14	78%
7-Oct	6	40%	7-Ago	12	75%
8-Oct	5	36%	8-Ago	11	58%
9-Oct	7	47%	9-Ago	10	71%
10-Oct	8	578%	10-Ago	13	87%
11-Oct	6	33%	11-Ago	14	82%
12-Oct	9	50%	12-Ago	9	50%
13-Oct	4	27%	13-Ago	11	58%
14-Oct	5	36%	14-Ago	8	80%
15-Oct	8	42%	15-Ago	10	67%
16-Oct	4	24%	16-Ago	14	70%
17-Oct	6	40%	17-Ago	14	70%
18-Oct	9	60%	18-Ago	9	53%
19-Oct	7	50%	19-Ago	10	63%
20-Oct	4	22%	20-Ago	13	72%
21-Oct	6	35%	21-Ago	11	79%
22-Oct	8	53%	22-Ago	9	64%
23-Oct	9	64%	23-Ago	14	82%
24-Oct	6	40%	24-Ago	15	88%
25-Oct	4	27%	25-Ago	10	53%
26-Oct	7	50%	26-Ago	14	70%
27-Oct	9	50%	27-Ago	13	72%
28-Oct	6	33%	28-Ago	11	79%
29-Oct	4	21%	29-Ago	12	75%
30-Oct	8	40%	30-Ago	9	56%
31-Oct	5	25%	31-Ago	13	72%
1-Nov	4	27%	1-Set	13	76%
2-Nov	7	47%	2-Set	14	78%
3-Nov	9	64%	3-Set	13	68%
4-Nov	7	44%	4-Set	17	85%
5-Nov	4	24%	5-Set	9	60%
6-Nov	5	29%	6-Set	14	88%
7-Nov	7	44%	7-Set	12	71%
8-Nov	9	56%	8-Set	12	75%
9-Nov	6	35%	9-Set	10	63%
10-Nov	5	29%	10-Set	14	78%
11-Nov	4	24%	11-Set	14	78%
12-Nov	6	55%	12-Set	17	89%
13-Nov	8	73%	13-Set	8	80%
14-Nov	6	40%	14-Set	9	69%
15-Nov	5	33%	15-Set	14	78%
16-Nov	9	56%	16-Set	15	83%
17-Nov	8	73%	17-Set	17	89%
18-Nov	7	64%	18-Set	13	65%
19-Nov	9	60%	19-Set	7	70%
20-Nov	8	57%	20-Set	8	73%
21-Nov	7	44%	21-Set	9	64%
22-Nov	9	56%	22-Set	14	82%
23-Nov	9	50%	23-Set	14	82%
24-Nov	6	33%	24-Set	15	79%
25-Nov	6	33%	25-Set	16	84%
26-Nov	8	50%	26-Set	10	59%
27-Nov	8	50%	27-Set	14	82%
28-Nov	6	40%	28-Set	15	83%
29-Nov	9	60%	29-Set	13	65%
30-Nov	9	60%	30-Set	13	76%
1-Dic	8	42%	1-Oct	15	83%
2-Dic	7	37%	2-Oct	11	65%
3-Dic	7	44%	3-Oct	11	79%
4-Dic	6	40%	4-Oct	9	60%
5-Dic	6	40%	5-Oct	8	50%
6-Dic	7	50%	6-Oct	14	82%
7-Dic	9	64%	7-Oct	9	64%
8-Dic	9	64%	8-Oct	13	76%
9-Dic	8	62%	9-Oct	11	73%
10-Dic	7	44%	10-Oct	17	94%
11-Dic	9	53%	11-Oct	12	80%
12-Dic	7	41%	12-Oct	9	64%
13-Dic	7	41%	13-Oct	10	53%
14-Dic	6	43%	14-Oct	10	67%
15-Dic	9	64%	15-Oct	14	70%
16-Dic	7	37%	16-Oct	16	80%
17-Dic	5	25%	17-Oct	16	89%
18-Dic	4	22%	18-Oct	10	56%
19-Dic	6	38%	19-Oct	9	53%
20-Dic	7	41%	20-Oct	11	65%
21-Dic	8	50%	21-Oct	11	58%
22-Dic	9	47%	22-Oct	15	83%
23-Dic	6	30%	23-Oct	10	67%
24-Dic	5	31%	24-Oct	14	88%
25-Dic	7	39%	25-Oct	7	70%
26-Dic	9	60%	26-Oct	9	69%
27-Dic	7	35%	27-Oct	11	73%
28-Dic	8	42%	28-Oct	9	64%
29-Dic	9	56%	29-Oct	14	70%
30-Dic	8	62%	30-Oct	10	56%
31-Dic	9	60%	31-Oct	10	56%

Fuente: Elaboración propia

Figura n° 15: Resultado comparativo de órdenes de trabajo Pretest y Postest



Fuente: Elaboración propia

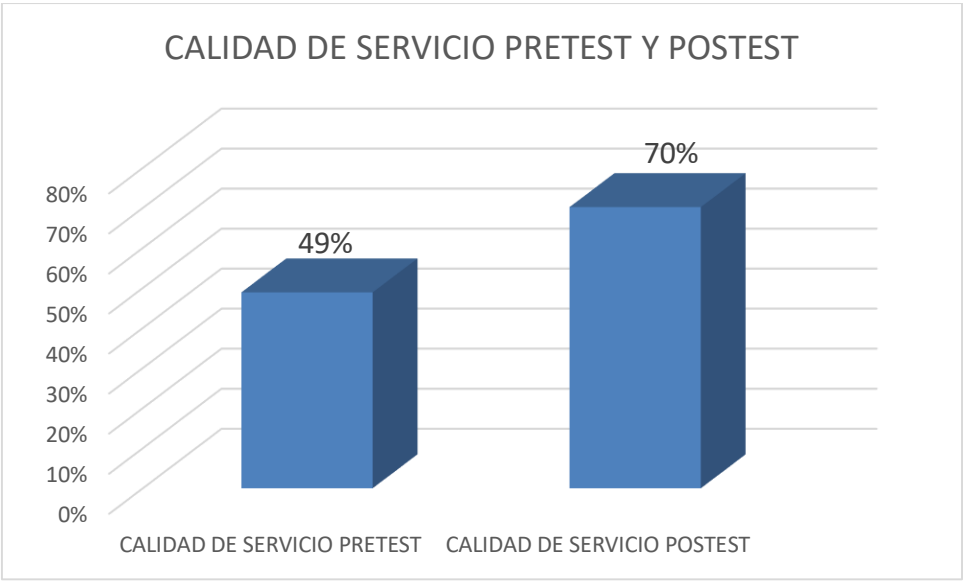
Tabla n°31 : Calidad de servicio POSTEST

CUADRO DE CALIDAD DE SERVICIO (POSTEST)			
FECHA	EMPATIA POSTEST	CAPACIDAD DE RESPUESTA POSTEST	CALIDAD DE SERVICIO
1-Ago	67%	68%	68%
2-Ago	82%	74%	78%
3-Ago	95%	68%	82%
4-Ago	85%	72%	79%
5-Ago	75%	67%	71%
6-Ago	78%	67%	72%
7-Ago	75%	61%	68%
8-Ago	58%	67%	62%
9-Ago	71%	74%	72%
10-Ago	87%	63%	75%
11-Ago	82%	60%	71%
12-Ago	50%	70%	60%
13-Ago	58%	64%	61%
14-Ago	80%	68%	74%
15-Ago	67%	63%	65%
16-Ago	70%	67%	68%
17-Ago	70%	75%	73%
18-Ago	53%	67%	60%
19-Ago	63%	73%	68%
20-Ago	72%	75%	74%
21-Ago	79%	53%	66%
22-Ago	64%	75%	70%
23-Ago	82%	77%	80%
24-Ago	88%	65%	77%
25-Ago	53%	73%	63%
26-Ago	70%	59%	64%
27-Ago	72%	79%	76%
28-Ago	79%	64%	71%
29-Ago	75%	50%	63%
30-Ago	56%	72%	64%
31-Ago	72%	64%	68%
1-Set	76%	59%	67%
2-Set	78%	56%	67%
3-Set	68%	50%	59%
4-Set	85%	63%	74%
5-Set	60%	65%	63%
6-Set	88%	74%	81%
7-Set	71%	72%	72%
8-Set	75%	56%	65%
9-Set	63%	68%	66%
10-Set	78%	65%	72%
11-Set	78%	40%	59%
12-Set	89%	71%	80%
13-Set	80%	60%	70%
14-Set	69%	65%	67%
15-Set	78%	59%	68%
16-Set	83%	72%	78%
17-Set	89%	72%	81%
18-Set	65%	79%	72%
19-Set	70%	71%	70%
20-Set	73%	61%	67%
21-Set	64%	68%	66%
22-Set	82%	82%	82%
23-Set	82%	60%	71%
24-Set	79%	73%	76%
25-Set	84%	76%	80%
26-Set	59%	79%	69%
27-Set	82%	75%	79%
28-Set	83%	75%	79%
29-Set	65%	80%	73%
30-Set	76%	83%	79%
1-Oct	83%	82%	82%
2-Oct	65%	73%	69%
3-Oct	79%	68%	74%
4-Oct	60%	63%	62%
5-Oct	50%	73%	61%
6-Oct	82%	75%	79%
7-Oct	64%	67%	65%
8-Oct	76%	65%	71%
9-Oct	73%	74%	73%
10-Oct	94%	80%	87%
11-Oct	80%	65%	73%
12-Oct	64%	61%	63%
13-Oct	53%	74%	63%
14-Oct	67%	60%	64%
15-Oct	70%	80%	75%
16-Oct	80%	74%	77%
17-Oct	89%	73%	81%
18-Oct	56%	60%	58%
19-Oct	53%	70%	61%
20-Oct	65%	64%	64%
21-Oct	58%	74%	66%
22-Oct	83%	60%	72%
23-Oct	67%	73%	70%
24-Oct	88%	82%	85%
25-Oct	70%	60%	65%
26-Oct	69%	68%	69%
27-Oct	73%	78%	76%
28-Oct	64%	53%	58%
29-Oct	70%	63%	67%
30-Oct	56%	63%	60%
31-Oct	56%	70%	63%
	72%	68%	70%

Fuente: propia

Para determinar la calidad de servicio en la postest tenemos dos dimensiones empatía y capacidad de respuesta obteniendo un promedio del 72% y 68%, respectivamente, el cual nos da como promedio un 70%, ello debido a la implementación y aplicación de la mejora continua, obteniendo así un resultado favorable para el área de la Plataforma de Atención al Usuario.

Figura n 16° Calidad de servicio Pretest y Postest



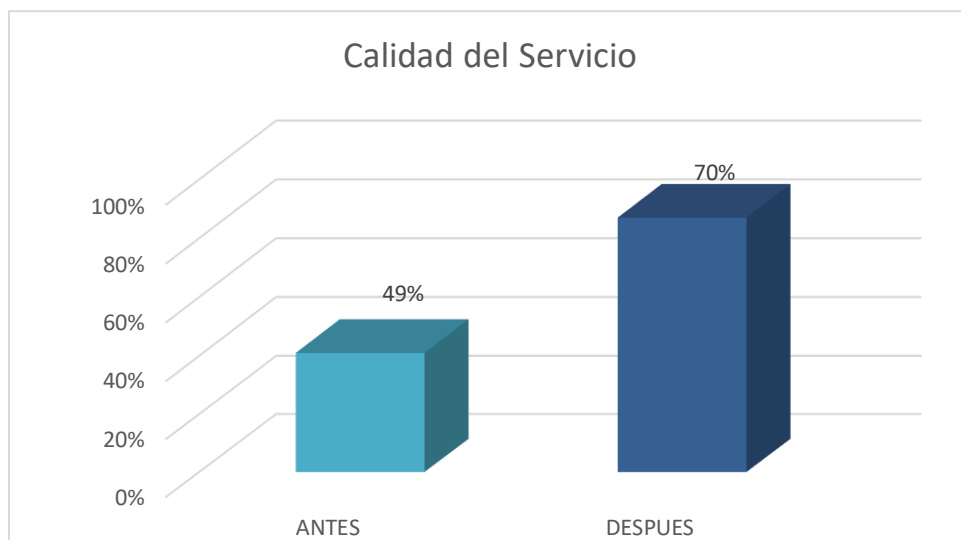
Fuente: propia

## **IV. RESULTADOS**

## 4.2. Análisis Descriptivo

En el estudio descriptivo se observa a través de las siguientes imágenes los incrementos de la calidad del servicio en los 92 días.

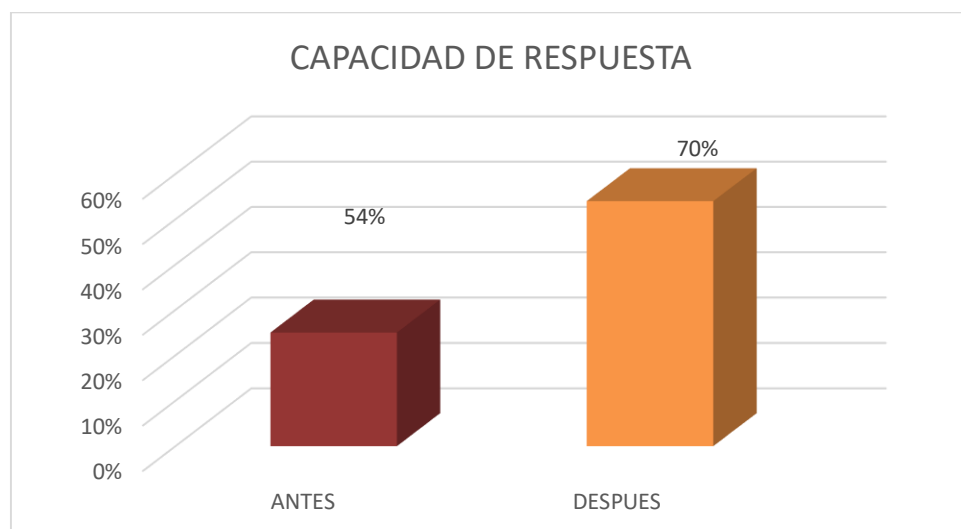
Figura N° 16: Calidad del servicio antes y después



Fuente: Elaboración Propia

En esta figura se puede observar un incremento de la calidad del servicio luego de la aplicación del Ciclo de Deming

Figura N° 17: Capacidad de Respuesta Antes y Después

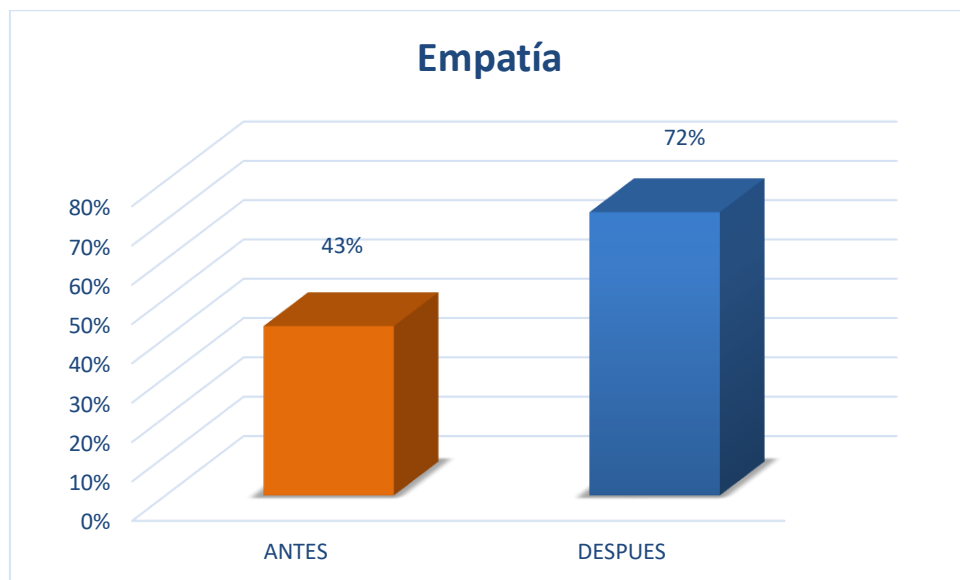


Fuente: Elaboración Propia



En la capacidad de respuesta también podemos observar un incremento a partir de la aplicación del Ciclo de Deming.

Figura N° 18: Empatía Antes y Después



Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a la Empatía, también podemos observar un incremento a partir de la aplicación del ciclo de Deming.

## 4.2 Análisis inferencial

### 4.2.1 Análisis Hipótesis General

#### 4.2.1.1 Prueba de normalidad

Para contrastar la hipótesis general, en este caso la calidad del servicio, primero debemos determinar el comportamiento de la serie, verificar si provienen de una distribución normal o no, por esta razón y viendo que es una muestra grande, es decir mayor a 30, procederemos con el estadígrafo de Kolmogorov Smirnov

Ho: La aplicación del ciclo PHVA no mejora la calidad del servicio de la Plataforma de Atención al Usuario.

Ha: La aplicación del ciclo PHVA mejora la calidad del servicio de la Plataforma de Atención al Usuario.

Regla de decisión:

Si  $p_v > 0.05$ , la distribución es normal (paramétrica)

Si  $p_v \leq 0.05$ , la distribución no es normal (no paramétrica)

Tabla N° 32: Prueba de normalidad de la calidad de servicio con Kolmogorov Smirnov

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de Servicio Antes	,181	92	,011
Calidad de Servicio Despues	,268	92	,000
a. Correlación de significación de Liliefors			

Fuente: Elaboración Propia

Debido a que la significación de la calidad de servicio antes y después, son menores que 0.05, ambas tienen un comportamiento no paramétrico, por ello, para poder contrastar la hipótesis general se utilizará el estadígrafo de Wilcoxon.

#### 4.2.1.2 Prueba de Hipótesis General

Ho: La aplicación del ciclo PHVA no mejora la calidad del servicio de la Plataforma de Atención al Usuario

.Ha: La aplicación del ciclo PHVA mejora la calidad del servicio de la Plataforma de Atención al Usuario.

Regla de decisión / hipótesis estadístico

$\mu_a$ : Media de la calidad de servicio antes de la aplicación del Ciclo de Deming

$\mu_d$ : Media de la calidad de servicio después de la aplicación Ciclo de Deming

$H_0: \mu_a \geq \mu_d$

$H_a: \mu_a < \mu_d$

Tabla N° 33: Prueba Descriptiva para la Calidad de servicio antes y después

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Calidad de Servicio Antes	92	,4876	,10234	,25	,80
Calidad de Servicio Despues	92	,6989	,06353	,72	,95

Fuente: Elaboración Propia

De la tabla 32, se puede verificar que la media de la calidad de servicio antes es de 49% es menor que la media de la calidad de servicio después que es un 70%. Por consiguiente, el incremento es 21 puntos porcentuales de la calidad de servicio.

Determinación del p valor para la calidad de servicio a través de Wilcoxon

Regla de decisión:

Si p valor  $\leq 0.05$  se rechaza la hipótesis nula

Si p valor  $> 0.05$  no se rechaza la hipótesis nula

Tabla N° 34: Prueba de hipótesis de Calidad de servicio

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
	Calidad de Servicio Despues - Calidad de Servicio Antes
Z	-5,874 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos negativos.

Fuente: Elaboración Propia

De la tabla, se puede verificar que la significancia del valor hallado con Wilcoxon es menor que 0.05, por consiguiente, se confirma el rechazo de la hipótesis nula y aceptación de la hipótesis de investigación.

La aplicación del ciclo PHVA mejora la calidad del servicio de la Plataforma de Atención al Usuario.

#### 4.2.2 Análisis de la primera Hipótesis específica

##### 4.2.2.1 Prueba de normalidad

Para poder contrastar la hipótesis específica, en este caso la capacidad de respuesta, primero debemos determinar el comportamiento de la serie, verificar si provienen de una distribución normal o no, por esta razón y viendo que es una muestra grande, es decir mayor a 30, procederemos con el estadígrafo de Kolmogorov Smirnov.

Ho: La aplicación del PHVA no mejora la capacidad de respuesta de la Plataforma de Atención al Usuario

.Ha: La aplicación del PHVA mejora la capacidad de respuesta de la Plataforma de Atención al Usuario

Regla de decisión:

Si  $p_v > 0.05$ , la distribución es normal (paramétrica)

Si  $p_v \leq 0.05$ , la distribución no es normal (no paramétrica)

Tabla N° 35: Prueba de normalidad de la Capacidad de respuesta antes y después con Kolmogorov-Smirnov

**Pruebas de normalidad**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Capacidad de Respuesta Después	,100	92	,025
Capacidad de Respuesta Antes	,099	92	,028

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

Observamos que la significancia de la capacidad de respuesta antes y después, son menores que 0.05, ambas tienen un comportamiento no paramétrico, de modo que, para contrastar la hipótesis general se utilizara el estadígrafo de Wilcoxon.

#### **4.2.2.2 Prueba de Hipótesis**

Ho: La aplicación del PHVA no mejora la capacidad de respuesta de la Plataforma de Atención al Usuario

.Ha: La aplicación del PHVA mejora la capacidad de respuesta de la Plataforma de Atención al Usuario

Regla de decisión /hipótesis estadístico

$\mu_a$ : Media de satisfacción al cliente antes de la aplicación del ciclo de Deming

$\mu_b$ : Media de satisfacción al cliente después de la aplicación del ciclo de Deming

$$H_0: \mu_a \geq \mu_d$$

$$H_a: \mu_a < \mu_d$$

Tabla N° 36: Prueba descriptiva para la Capacidad de Respuesta antes y después

**Estadísticos descriptivos**

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Capacidad de Respuesta Antes	92	0,540	,10898	,25	,47
Capacidad de Respuesta Después	92	0,725	,11000	,05	,79

Fuente: Elaboración Propia

Se puede observar que la media de la capacidad de respuesta al cliente antes es 54% es menor que la media de la capacidad de respuesta después que es 72%, por ende, se verifica un incremento de 16 puntos porcentuales.

Regla de decisión:

Si  $p \text{ valor} \leq 0.05$  se rechaza la hipótesis nula

Si  $p \text{ valor} > 0.05$  no se rechaza la hipótesis nula

Tabla N °37 : Prueba de Hipótesis

**Estadísticos de prueba**

	Capacidad de Respuesta Despues - Capacidad de Respuesta Antes
Z	-8,229 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

Fuente: Elaboración propia

De La tabla 37, se puede verificar que la significancia p valor hallado con Wilcoxon es menor que 0.05, por ende, se confirma el rechazo de la hipótesis nula y aceptación de la hipótesis de investigación.

La aplicación del PHVA mejora la capacidad de respuesta de la Plataforma de Atención al Usuario

### **4.2.3 Análisis de segunda hipótesis específica**

#### **4.2.3.1 Prueba de normalidad**

Para contrastar la hipótesis específica, en este caso la empatía, primero se determina el comportamiento de la serie, verificar si proviene de una distribución normal o no, por ello y tomando en cuanto que es una muestra pequeña, es decir mayor a 30, procederemos a con el estadígrafo de Kolmogorov smirnov

Tabla N° 38: Prueba de normalidad de la Empatía antes y después con Kolmogorov-Smirnov

**Pruebas de normalidad**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Empatía Antes	,370	92	,000
Empatía Después	,081	92	,048

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Elaboración Propia

Debido a que la significación de la eficiencia antes y la empatía después, son menores que 0.05, ambas tienen un comportamiento no paramétrico, por consiguiente, para contrastar la hipótesis específica utilizaremos el estadígrafo de Wilcoxon.

#### 4.2.3.2 Prueba de hipótesis

H<sub>0</sub>: La aplicación del PHVA no mejora la empatía al usuario de la Plataforma de Atención al Usuario

H<sub>a</sub>: La aplicación del PHVA mejora la empatía al usuario de la Plataforma de Atención al Usuario

Regla de decisión / hipótesis estadístico

$\mu_a$ : Media de la Empatía antes de la aplicación de ciclo de Deming

$\mu_d$ : Media de la Empatía después de la aplicación de ciclo de Deming

H<sub>0</sub>:  $\mu_a \geq \mu_d$

H<sub>a</sub>:  $\mu_a < \mu_d$



Tabla N° 38: Prueba descriptiva para la Empatía antes y después

**Estadísticos descriptivos**

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Empatía Antes	92	,4296	,57086	,21	5,78
Empatía Después	92	,7236	,10777	,50	,95

Fuente: Elaboración Propia

De la tabla 37, podemos observar que la media de la Empatía antes es 43% es menor que la media de la eficiencia después que es 72% por consiguiente se verifica un incremento de 21 puntos porcentuales en la Fiabilidad.

Regla de decisión:

Si  $p \text{ valor} \leq 0.05$  se rechaza la hipótesis nula

Si  $p \text{ valor} > 0.05$  no se rechaza la hipótesis nula

Tabla N° 39: Prueba de Hipótesis

**Estadísticos de prueba<sup>a</sup>**

	Empatia Despues - Empatia Antes
Z	-7,815 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	,000

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos negativos.

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

De la Tabla, se puede ver que la significancia del valor hallado con Wilcoxon es menor que 0.05, por ende, se confirma el rechazo de la hipótesis nula y aceptación de la hipótesis de la investigación.

La aplicación del PHVA mejora la empatía al usuario de la Plataforma de Atención al Usuario

## **V. DISCUSIÓN**

La Aplicación del ciclo PHVA para mejorar la calidad del servicio en la Plataforma de Atención al Usuario, Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima 2020 según los resultados obtenidos en la Tabla N° 32 se ha podido demostrar que la media de la calidad de servicio antes es 49% es menor que la media de la calidad de servicio después 70% por lo tanto no se cumple  $H_0: \mu_{Pa} \geq \mu_{Pd}$ . En conclusión, este resultado de incremento en la calidad de servicio coincide con la tesis de MURILLO, TIMANA (2019) se logró evidenciar que el ciclo PHVA mejora la calidad del servicio del área administrativa de corporación Kawai SAC.

La aplicación del PHVA tiene efecto directo en la calidad del servicio, ello debido a la buena aplicación de la herramienta, se puede lograr fortalecer y mejorar todos procedimientos de gestión con un solo objetivo generar beneficio a la empresa a lo largo del tiempo.

La aplicación del PHVA para mejorar la capacidad de respuesta en la calidad de servicio de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2020, Según se muestra en la Tabla N° 35 se ha podido demostrar que la media de la capacidad de respuesta se concluye antes 54% , es menor que la media de la capacidad de respuesta después 70%, por lo tanto, no se cumple  $H_0: \mu_{Pa} \geq \mu_{Pd}$ . En conclusión, el resultado obtenido concuerda con la tesis de CÓRDOVA 2017 , dando como resultado que la aplicación del ciclo Deming PHVA incrementó la capacidad de respuesta en 6.91% en promedio de medidas entre el antes y después de la aplicación de mejora. Se concluye que la importancia de la aplicación del PHVA tiene un impacto en la capacidad de respuesta indica que tan rápido y eficiente se da respuesta a los problemas, para lograr fortalecer y mejorar todos procedimientos de gestión con un solo objetivo generar beneficio a la empresa a lo largo del tiempo.

La aplicación del PHVA para mejorar la empatía en la calidad del servicio de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2020. Según se muestra en la Tabla N° 38, se ha podido demostrar que la media de la empatía antes 43% , es menor que la media de la empatía después 72%, por lo tanto, no se cumple  $H_0: \mu_{Pa} \geq \mu_{Pd}$ . En conclusión, el resultado obtenido concuerda con la tesis de ALARCÓN 2017, utilizó Modelos de mejora continua, existe una diferencia de medias entre el post y el pre test de 2,89 con un nivel de significancia de 0,00 el cual es menor a 0,05. Por lo tanto, este resultado se concluye que el modelo de la mejora

continúa basado en procesos influye positivamente en la dimensión empatía, La aplicación del PHVA tiene efecto directo en la empatía, ello debido a la buena aplicación de la herramienta, se puede lograr fortalecer y mejorar todos procedimientos de gestión con un solo objetivo generar beneficio a la empresa a lo largo del tiempo.

## **VI. CONCLUSIONES**

Por consiguiente, luego de realizar la Aplicación del ciclo PHVA para mejorar la calidad del servicio en la Plataforma de Atención al Usuario, Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima 2020 y analizar los resultados obtenidos, utilizando formatos de recolección de datos se concluyeron:

- La aplicación del PHVA aumentó la calidad del servicio en la Plataforma de Atención al Usuario, Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima 2020, La media de la calidad de servicio antes de la aplicación del PHVA era un 49%, la media de calidad de servicio luego de la aplicación del PHVA fue de 70%
- La aplicación del PHVA aumento la capacidad de respuesta en la Plataforma de Atención al Usuario, Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima 2020, La media de la capacidad de respuesta antes de la aplicación del PHVA era un 54%, la media de la capacidad de respuesta luego de la aplicación del PHVA fue de 70%.
- La aplicación del PHVA aumento la Empatía en la Plataforma de Atención al Usuario, Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima 2020, La media de la Empatía antes de la aplicación del PHVA era un 43%, la media de la Empatía luego de la aplicación del PHVA fue de 70%.

## **VII . RECOMENDACIONES**

Se dan las siguientes recomendaciones:

- La aplicación del PHVA tiene como finalidad (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar), el cual es un instrumento de calidad para brindar solución de los problemas, así como la mejora continua de los procesos para lograr los objetivos propuestos.
- Luego de la aplicación del PHVA se logró mejorar la calidad del servicio, viendo los resultados antes y después, se puede observar un incremento, por ello se debe seguir aplicando el PHVA, para el logro de los objetivos y cumplimiento de lo establecido, por ello se debe orientar a todo el personal sobre la escucha activa, fluida demostrando en todo momento confianza, atendiendo a los usuarios con agilidad y eficiencia.
- Así luego de la aplicación del PHVA se logró mejorar la capacidad de respuesta viendo los resultados antes y después, se puede observar un incremento, por ello se sugiere que el personal de la plataforma de atención al usuario cuente con material didáctico educativo en el cual se enfoque las actividades del PHVA para que le sirva como guía en la atención rápida y oportuna al usuario que acude a los diferentes servicios del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Así luego de la aplicación del PHVA se logró mejorar la Empatía, viendo los resultados antes y después, se puede observar un incremento, por ello se debe seguir aplicando el método, asimismo se deben implementar charlas y/o talleres constantes al personal del PAUS, para entender las propias emociones y lograr entender las de los demás.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Hospital Loayza. Gob.23 de septiembre de 2013. Disponible en <http://www.hospitalloayza.gob.pe>
2. León, Jessica. Hasta julio, 10.500 reclamos de pacientes se reportaron en hospitales y clínicas [en línea]. La República.PE. 16 de agosto de 2014. [Fecha de consulta: 05 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://larepublica.pe/16-08-2014/hasta-julio-10500-reclamos-de-pacientes-se-reportaron-en-hospitales-y-clinicas>
3. Peruanos desaprueban atención en hospitales del Minsa y Essalud [en línea]. El Comercio.PE. 17 de marzo de 2014. [Fecha de consulta: 04 de abril de 2019]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/sociedad/lima/peruanos-desaprueban-atencion-hospitales-minsa-y-essalud-noticia-1716362>
4. Carrillo, Rodrigo y Ramos, Mariana. Lima cómo vamos: calidad de atención en salud [en línea]. Agosto 2012, n°2. [Fecha de consulta: 04 de septiembre de 2019].  
Disponible en [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892012000800013](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000800013) ISSN 1680-5348
5. OMS. (2015). Quiénes somos y qué hacemos. 14 de setiembre 2019, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <https://www.who.int/about/es/>
6. BERRÍOS, Milagros. Al mes hay 10 mil quejas por mala atención en el Seguro Social [en línea]. La República.PE. 29 de enero de 2015. [Fecha de consulta: 10 de abril de 2019].  
Disponible en <http://larepublica.pe/29-01-2015/al-mes-hay-10-mil-quejas-por-mala-atencion-en-el-seguro-social>
7. ALARCÓN Gavilanes Juan. (2017). Modelo de mejora continua basado en procesos y su impacto en la calidad de los servicios que perciben los clientes de la empresa de servicios ServiFreno de la ciudad de Quito - Ecuador. 15 setiembre 2019, Sitio web:

<https://industrial.unmsm.edu.pe/upg/archivos/TESIS2018/DOCTORADO/tesis11.pdf>

8. CHÓEZ Franco, Diana Vanessa. (2018). La calidad de servicio para mejorar la atención al cliente en centros de salud públicos del cantón La Libertad, provincia de Santa Elena, año 2018., 18 setiembre 2019, de Repositorio Dspace Sitio web: <https://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/handle/46000/5162>
9. VASCONEZ Cabrera Sofia. (2018). MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA EMPRESA “JARDINSA”. 18 de setiembre 2019, de Repositorio Pucesa Sitio web: [repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2464/1/76751.pdf](https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2464/1/76751.pdf)
10. PEÑAFIEL Yagual, Martha. (2019). Evaluación de la calidad del Servicio del Restaurante Humboldt para proponer un plan de mejora. 23 septiembre 2019, de Repositorio Universidad de Guayaquil Sitio web: <https://repositorio.ug.edu.ec/handle>
11. BARZOLA Rodríguez, Marcos, ILLESCAS Sánchez, Jessica Pamela,(2018). Aplicación del modelo Servqual para la medición de los índices de calidad de servicio, y su repercusión en la satisfacción de los clientes en las tres principales agencias bancarias del puerto marítimo de Guayaquil, durante el mes de noviembre del 2017. 23 septiembre 2019, de Repositorio Universidad de Guayaquil Sitio web: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/29307>
12. VERÁSTEGUI León, Paul Adrián. (2018). Diseño de la metodología del ciclo de deming (PHVA) de mejora continua para elevar el nivel de servicio al usuario en el departamento de registro y orientación del SAT Cajamarca. 23 setiembre 2019, de UPNBOX Sitio web: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/14568>
13. CORDOVA Gutarra, Luis Deyvis. (2017). Aplicación del Ciclo Deming (PHVA) para mejorar el Nivel de Servicio en el área Gas Natural Vehicular de la empresa Bureau Veritas, San Isidro 2017. 18 setiembre 2019, de Repositorio de la

- Universidad César Vallejo Sitio web:  
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/17448>
14. SOLIS Rivera Haydee. (2017). Mejora de la Calidad de servicio en una empresa de alimentos, Los Olivos 2017.. 18 de setiembre 2019, de Repositorio universidad Norbert Wiener Sitio web:  
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/913>
15. RIVERA Merino, Marianne Lizet. (2019). Calidad del servicio que brinda la empresa Elevate Business y estrategias para su mejora. 18 de setiembre 2019, de Repositorio Dspace Sitio web:  
<http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/2084>
16. MURILLO Retuerto, Luis ;TIMANÁ Valladolid, Jeancarlo. (2019). Aplicación del ciclo PHVA para mejorar la calidad del servicio del área administrativa de Corporación Kamawi S.A.C., Los Olivos, 2019. 18 setiembre 2019, de Repositorio de la Universidad César Vallejo Sitio web:  
[repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/41084?locale-attribute=en](http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/41084?locale-attribute=en)
17. OUTOMURO, Actis. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Revisión médica [en línea]. Chile vol.141 no.3 Santiago 2013.  
 Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872013000300012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000300012)
18. Anales de la Facultad de Medicina. Lima, 57(4). Enero 1996  
 ISSN: 1025 – 5583
19. Anales de Facultad de Medicina. 12 de Enero de 1996.  
 Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58\\_n1/casalud.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm)
20. Ciclo PHVA. [sf].

Disponible en: <https://sites.google.com/site/emprendimientoinem08/phva-y-los-sistemas-de-gesti%C3%B3n-de-la-calidad>

21. Calidad de atención. [s.f].

Disponible en: [http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf)

## **ANEXOS**

## SERVICIO DEL PAUS

### Anexo 1: Personal del PAUS Registrando los reclamos



### Anexo 2: Trípticos del PAUS y deberes y derechos del usuario y procedimiento de como presentar un reclamo y/o queja





**Anexo 3:** Personal del PAUS respondiendo los reclamos virtuales y recepcionando los documentos de los usuarios.



**Anexo 4:** Largas colas de los usuarios al momento de sacar una cita

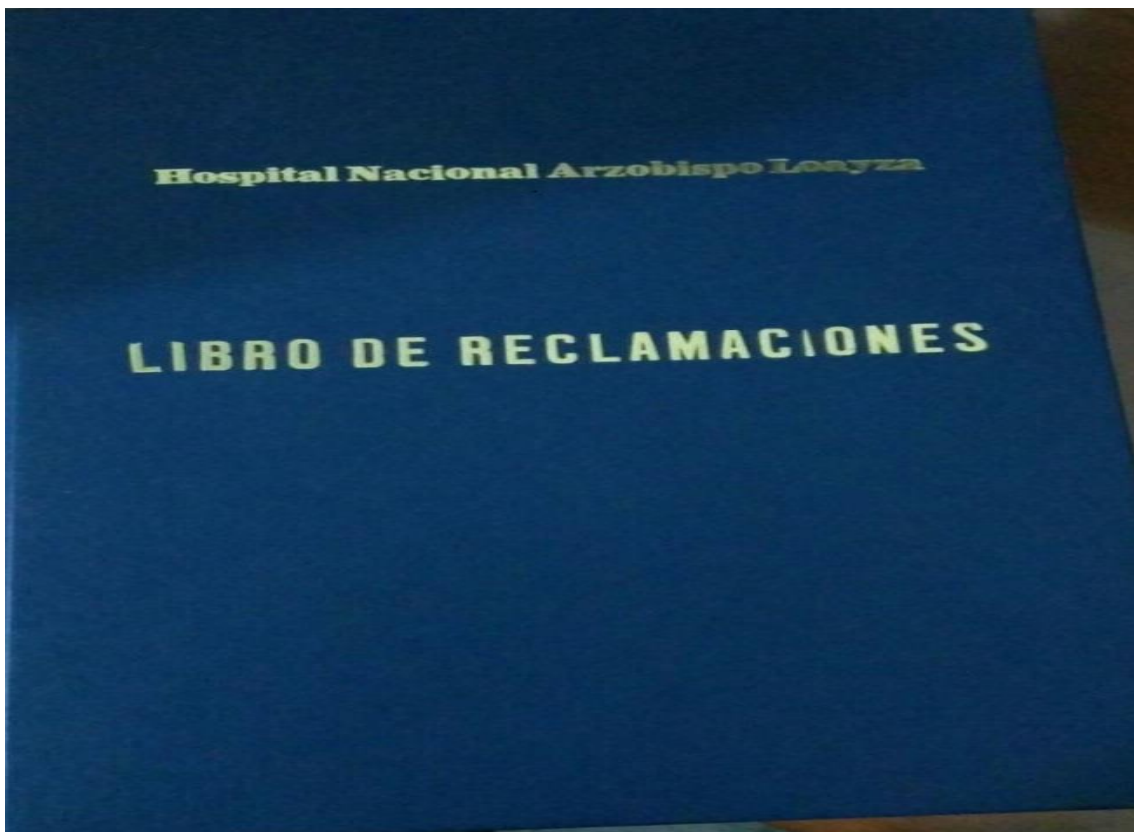




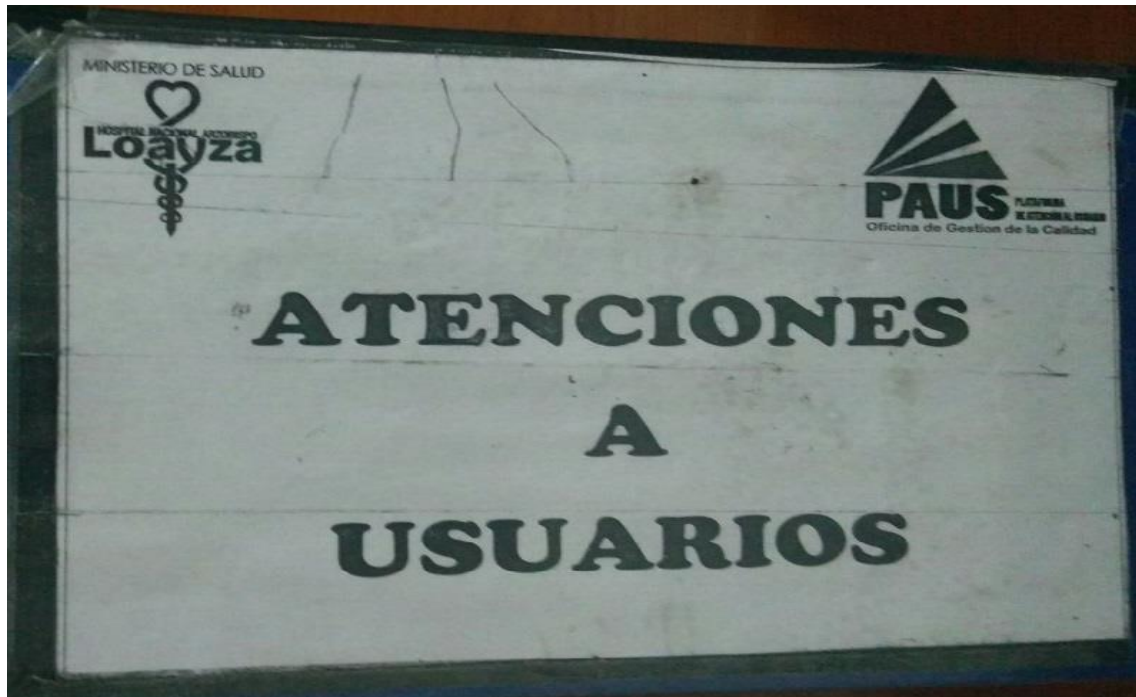
**Anexo 5:** El MUA área donde se le dan las citas a los pacientes



**Anexo 6:** Libro De Reclamaciones del HNAL



## Anexo 7: Cuadernos de IBOS



## Anexo 8





**Anexo 9: Brindando sensibilización al personal del PAUS sobre la aplicación del PHVA**



**Anexo 10:**

